



NOMENCLATURE ANATOMIQUE

EXPOSÉE

DANS LES COURS PUBLICS D'ANATOMIE

FAITS

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

(1845-1846-1847) ;

PAR

ALEXIS ALQUIÉ ,

Professeur-Agrégé à la Faculté de Médecine de Montpellier; Lauréat de la Faculté de Montpellier et de l'Académie royale de Médecine de Paris ; ex-premier Chirurgien-Interne à l'Hôtel-Dieu St-Éloi ; ex-Chef de Clinique chirurgicale ; Chef des travaux anatomiques de la Faculté de Montpellier; ex-Prosecteur-adjoint ; Professeur particulier de sciences médicales, etc.

DEUXIÈME ÉDITION,

REVUE ET CONSIDÉRABLEMENT AUGMENTÉE.



MONTPELLIER,

IMPRIMERIE DE RICARD FRÈRES, PLAN D'ENCIVADE, 3.

1847.


WELLCOME
LIBRARY
INSTITUTE

NOMENCLATURE ANATOMIQUE.

Une science se réduit à une langue bien faite, a dit Condillac; car, pour établir une bonne nomenclature, il faut connaître parfaitement les objets que l'on désigne. Aussi voyons-nous en général la langue se perfectionner en raison du progrès des connaissances humaines, et ces améliorations se produire d'autant plus rapidement que les notions scientifiques sont plus faciles à acquérir. Ainsi s'explique la précision actuelle du langage de la chimie et de la botanique, alors qu'avant l'activité intellectuelle du siècle passé, leur nomenclature offrait les plus grandes et les plus nombreuses irrégularités. Si les progrès scientifiques ont amené la formation d'une langue rigoureuse pour la chimie et la botanique, l'exactitude de leur nomenclature n'a pas moins contribué à l'extension et à l'avancement de ces sciences elles-mêmes : on perfectionne les sciences, dit Condillac, en perfectionnant le langage.

On a bientôt compris les avantages de la nomenclature inventée par Guyton-Morveau, Lavoisier et

Berthollet ; on a aisément senti l'utilité, pour les progrès de la chimie, de ces termes précis qui expriment les caractères principaux des corps simples ou composés, et permettent d'établir promptement et dans tous les lieux l'exactitude des recherches du premier expérimentateur ; on a reconnu, enfin, le soulagement que cette nomenclature procure à la mémoire, en livrant au jugement presque tous les efforts intellectuels. Ces avantages sont encore bien plus saillants quand on met en présence de ce langage guytonien l'amas incohérent et confus de mots arbitraires dont se composait le chaos de l'ancienne chimie.

Ces remarques sont entièrement applicables à la botanique. Avant que Tournefort n'eût tenté de réformer le langage de cette science, elle possédait les termes les plus multipliés et les plus insignifiants pour les mêmes plantes. Qui n'en convient maintenant en lisant les dénominations suivantes : *Pater noster*, *bonus Henricus*, *malus Henricus*, *viscera diaboli*, *umbilicus Veneris*, *speculum Veneris*, et une foule d'autres appellations de cette sorte ! Le célèbre botaniste d'Aix établit que le nom des végétaux devait être tiré de leurs caractères physiques les plus saillants : de là, les *labiées*, les *cruciformes*, les *ombellifères*, etc.

Tel est aussi le principe qui a dirigé la plupart des hommes qui, frappés des inconvénients de la langue des différentes sciences, ont tenté, à diverses époques, de fonder une nomenclature rationnelle pour chacune des connaissances humaines. Mais s'il est désirable d'avoir une langue exacte, il ne faut pas porter la rigueur de ce principe au même degré dans toutes les sciences ; car celles-ci ne se composent pas d'objets

également faciles à connaître et à définir parfaitement. Sous ce rapport, il faut distinguer, par exemple, l'histoire naturelle de la pathologie.

La première étudie des corps ayant des formes et des caractères assez constants pour servir à les désigner; l'autre examine souvent des phénomènes très-mobiles et dont la compréhension est du domaine purement intellectuel : l'une comporte un langage fixe et rigoureux que l'autre ne saurait toujours permettre. Il est donc possible et rationnel de donner aux objets dont se compose l'histoire naturelle, des dénominations exactes et fondées sur des caractères principaux et permanents, ce que la pathologie ne comporterait pas toujours.

Parmi les diverses faces de l'étude de l'homme, s'il en est une qui soit susceptible de recevoir une langue précise et fixe, c'est, sans contredit, l'anatomie. Considérant seulement la partie matérielle de l'économie humaine, cette science s'occupe d'objets dont les formes, les rapports, la structure sont constants, est par conséquent propres à fournir les bases d'une nomenclature rationnelle.

Quand on considère les choses à ce point de vue, il semble que, dès les premiers pas de l'anthropologie, la dénomination des diverses parties de l'organisme ait dû être tirée de caractères sensibles et invariables. Pourtant, enfantée à des époques reculées, où l'exploration des cadavres était rare et difficile; augmentée ou compliquée par des hommes dont les connaissances philosophiques et médicales étaient très-diverses; dirigée enfin par des principes fort différents, la langue anatomique a dû nécessairement

renfermer des termes disparates, des dénominations vagues, des mots bizarres et multipliés.

Ces vices de la langue anatomique, que l'histoire de la science nous découvre, existent encore dans la nomenclature actuelle. Sans nous engager, à cet égard, dans les longues démonstrations exposées par les illustres professeurs Chaussier et Dumas, il nous suffira d'en rappeler ici quelques exemples. L'on voit tantôt prendre pour base de dénomination un ordre adopté arbitrairement dans la disposition de certaines parties : de là, les termes de premier, second muscle radial; de première, deuxième, troisième, etc., paires de nerfs que d'autres comptent différemment. Tantôt les mots n'ont aucune signification raisonnable : os innominé, muscle splénius, artères honteuses, selle turcique, etc. Ici c'est la comparaison d'un organe avec un objet étranger à la médecine : muscle trapèze, rhomboïde, os pyramidal, scaphoïde, marteau. Là c'est le nom d'un médecin célèbre qui s'attache à la chose dont l'anatomiste paraît avoir parlé le premier : trompe d'Eustache, trou de Botal, antre d'Igmore, apophyse d'Ingrassias, pressoir d'Hérophile, centre ovale de Vieussens.

Un des grands défauts de tous les termes dont se compose la langue anatomique, c'est qu'ils s'adressent plutôt à la mémoire qu'au jugement, sans presque aucun avantage pour la connaissance des objets. Ainsi, quand je m'occupe de lire la description des muscles *scalènes*, je commence par apprendre une dénomination fausse et insignifiante; et, après cet effort de pure mémoire, je ne sais absolument rien de ce qu'il faut connaître. Bien plus, ayant acquis une notion

exacte du muscle par l'effet du jugement et de la réflexion, je ne puis en tirer le nom de l'organe. Que sais-je après avoir surchargé ma mémoire de termes analogues à ceux-ci : deltoïde, grand et petit droit postérieur de la tête, complexus, splénius, grand et petit palmaire; basilique, céphalique, médiane commune; nerfs médian, honteux, pathétique; artères collatérales, coronaires, circonflexes, carotides, etc.?

Ces vices nombreux et manifestes de la nomenclature anatomique ont été facilement remarqués depuis long-temps, et plusieurs médecins célèbres ont tenté d'y opérer une réforme rationnelle. Columbus et Fallope firent les premiers essais de ce genre; Bauhin imagina pour les muscles la plupart des noms conservés par les modernes; Riolan dénomma avec plus d'exactitude surtout les muscles du larynx et du pharynx; Glisson s'attacha principalement à bien décrire et à désigner convenablement les organes épigastriques. Plus tard, Douglas, Winslow, Albinus, Morgagni, Lieutaud et Vicq-d'Azyr, ajoutèrent leurs efforts dans le même sens, mais émirent plus de vœux qu'ils ne réalisèrent de perfectionnements.

Animé d'un esprit ardent et propre à secouer la puissance des préjugés, Chaussier remit en question tous les termes de l'anatomie. Après avoir montré sans peine la confusion de la science à ce sujet, le professeur de Dijon s'attacha principalement à réformer la dénomination des muscles, d'après la considération des attaches de ces corps charnus. C'est là, en effet, le principe véritable de la nomenclature de ces organes, principe le moins arbitraire et le plus propre à faciliter l'intelligence et le souvenir des choses.

Plus tard, Chaussier porta le même esprit de rénovation dans presque toutes les autres parties de l'anatomie, et les artères et les nerfs en reçurent des noms fort convenables pour la plupart.

Marchant sur les traces du célèbre anatomiste de Dijon, le professeur Ch.-L. Dumas traça un *système de nomenclature et de classification des muscles*, dans lequel les dénominations de son prédécesseur sont, il est vrai, conservées, toutefois avec de nombreuses additions consistant surtout dans la désignation de tous les points d'attache des faisceaux musculeux. Tout en louant certains perfectionnements dus à l'illustre chancelier de cette École, nous ne pouvons être de son avis à cet égard, et nous pensons, plus rigoureusement encore que Chaussier, qu'il convient de renfermer dans la dénomination d'un muscle les deux points d'attache *principaux*. Presque toujours, en effet, la notion des deux attaches *principales* d'un muscle suffit pour avoir la connaissance de la position, de la direction et de l'action de l'organe contractile, et cette nomenclature n'a pas l'inconvénient capital de répugner à la mémoire.

De tout ce que nous venons de voir, il résulte, d'une manière évidente, les vérités suivantes, une langue fixe et rigoureuse hâte les progrès et la connaissance des sciences physiques surtout ; l'anatomie s'occupe d'objets constants dans tous leurs caractères ; cependant sa nomenclature a été long-temps confuse et irrationnelle ; les efforts tentés par certains anatomistes célèbres ont produit des réformes heureuses, mais fort incomplètes ; enfin, d'un aveu général, on comprend l'utilité et les bases d'une bonne langue anthropotomique.

Persuadé nous-même de cette vérité, nous avons tenté de réaliser les vœux conçus par les anatomistes du dernier siècle et de notre époque. Profitant des réformes et des conseils donnés par ces Maîtres de la science, nous n'avons pas craint de venir maintenant proposer une nomenclature qui n'est que la réalisation complète de leurs idées. Frappé des avantages et de la précision de la nomenclature chimique, nous nous sommes efforcé de l'imiter autant que les choses le comportaient. Ainsi, l'une des utilités de la langue guytonienne consiste dans la désignation de la nature des corps par la désinence des termes. Quand j'appelle un corps *sulfate*, la terminaison de ce mot m'annonce qu'il s'agit d'un sel ; si je dis *sulfate de fer,* j'énonce les deux caractères principaux du corps ; en outre, les termes des corps composés sont tirés de celui des éléments ou corps simples.

Tel est aussi l'esprit qui doit présider à la langue anatomique. Il faut établir d'abord les noms exacts des corps simples ou servant d'éléments aux noms des autres corps ; il faut que la désinence des termes annonce la nature de l'objet ; il faut, enfin, appeler les parties d'après leurs deux extrémités *principales* : ce sont là les trois principes dont l'application va nous occuper maintenant.

« Les os et les viscères, dit le professeur Dumas, sont les aboutissants ou les soutiens de toutes les parties du corps humain ; car il n'est pas de muscles, de nerfs, de veines ou d'artères qui ne tiennent à des os ou qui ne se distribuent à des viscères. L'ostéologie et la splanchnologie doivent donc servir de fondement au reste de l'anatomie. » Les os et les viscères sont

rigoureusement des corps élémentaires pour la nomenclature anatomique. Les os surtout méritent une attention spéciale ; et sans changer les noms généralement reçus, il convient d'adopter une désinence qui désigne leur nature. Cette désinence, déjà admise pour beaucoup d'os, et proposée comme générale pour toutes les parties du squelette par Duméril, Serres, Geoffroy-Saint-Hilaire, etc., se reproduit vulgairement pour presque toutes les pièces osseuses du crâne : frontal, occipital, sphénal, etc. : *al* est donc la désinence commune qui détermine la nature osseuse des parties, et rend par conséquent inutile la répétition du mot *os* pour chacune des pièces du squelette. Ainsi l'on doit dire : le pariétal, le maxial, le nasal, etc.

Formées surtout par la jonction de deux os, les articulations doivent tirer leur dénomination des deux pièces composantes et de la désinence des os eux-mêmes : ainsi, au lieu de dire l'*articulation sacro-coccygienne*, etc., il convient de dire la *sacro-coccyale*, l'*omo-claviale*, la *clavi-sternale*.

La dénomination des artères a sa désinence dans celle du nom vulgaire de ces vaisseaux, de même que les veines; et les termes rationnels sont tirés des os ou des viscères voisins, *et de leurs extrémités*. Ainsi l'on dira : la *claviaire*, l'*axillaire*, l'*huméraire;* comme la *clavienne*, l'*axilienne*, l'*humérienne*. Les branches de ces vaisseaux seront appelées, d'après leur origine et leur terminaison *principales*, l'*axillo-acromiaire*, la *clavi-scapulaire*, la *radio-palmaire;* de même, les branches veineuses s'appelleront : les *digito-palmiennes*, la *gastro-hépatienne*, etc.

Les noms des muscles sont plus faciles à accepter;

parce qu'ils sont en partie dans le langage reçu actuellement : le *géni-glossien*, le *cocci-pubien*, le *cubito-radien*. En adoptant la désinence *en* ou *in* pour tous les muscles, ce que Chaussier et Dumas n'avaient pas fait, et ce qui les obligeait à compliquer inutilement leurs dénominations par le mot *muscle*, nous avons encore reconnu qu'il était nécessaire d'apporter plus de précision dans la désignation des attaches musculaires. On ne saurait se contenter du peu de rigueur de la dénomination de certains muscles qui, s'attachant à l'un des os du tarse ou du carpe, sont désignés par le nom du tarse ou du carpe pris en entier. Ainsi, le jambier antérieur n'est pas assez rigoureusement appelé par les mots *tibio-sus-tarsien*, pas plus que le cubital antérieur ne l'est sous le nom de *cubito-carpien*. Il faut nommer l'os du carpe ou du tarse auquel ces faisceaux charnus viennent s'attacher, et de la manière suivante : le *tibio-cunien*, l'*épitrochlo-pisien*.

Tels sont aussi les principes et la manière d'en faire l'application aux nerfs et aux vaisseaux lymphatiques, comme nous allons en offrir une démonstration plus étendue. Disons cependant qu'après avoir composé ce travail, nous n'avons pas été peu surpris d'en voir l'un des principes déjà exposés par M. Duméril, qui, en 1796, proposa de donner à chaque genre d'organes un nom et une désinence qui en déterminassent la position et la nature. Du reste, le professeur de Paris n'a pas formulé avec autant de soin le principe des désinences ; nous avons, en outre, établi des terminaisons différentes et qui nous paraissent plus convenables ; enfin, nous avons non-seulement appliqué nos principes à la nomenclature de tous les genres d'or-

ganes, mais surtout aux divisions et subdivisions des vaisseaux et des nerfs, qu'il est si important de se rappeler aisément. Quant au second principe, celui de la dénomination des artères, des veines, des nerfs et des lymphatiques, d'après leurs deux extrémités, M. Duméril l'applique en signalant les deux extrémités de ces organes, suivant leur rapport avec les os ou les régions, mais non d'après leur origine réelle au tronc vasculaire ou nerveux, comme nous croyons rationnel de l'établir ici.

Nous sommes loin de nous dissimuler les obstacles que l'habitude et la routine opposeront à l'introduction de cette nomenclature anatomique. Déjà plusieurs journaux de la Capitale, tout en adoptant nos principes à cet égard, et en reconnaissant les avantages nombreux de leur application, nous ont averti de la répugnance des médecins déjà façonnés à l'ancien langage anthropotomique. Ces réflexions n'ont pu nous décourager : la nomenclature chimique ne serait pas adoptée maintenant, si ses illustres inventeurs ne l'avaient défendue et propagée malgré les clameurs des indifférents ou des antagonistes de tout changement. Riolan, Winslow, Chaussier, Dumas, Bichat et plusieurs autres auteurs, sont parvenus à introduire quelques modifications heureuses au langage anatomique : n'eussions-nous, comme eux, qu'un résultat partiel, nous serions suffisamment dédommagé de nos efforts, surtout en ayant rendu la voie un peu moins pénible à quelque autre ami de la science. Enfin, notre enseignement journalier à la Faculté de médecine nous permet de répandre nos idées avec plus de fruit que naguère.

OS.

Désinence générale : al.

Le frontal.
L'occipital.
Le pariétal.
Le temporal.
Le sphénal.
L'ethméal.
Le maxial (1) (maxillaire infr).
Le maxilial (maxillaire supr).
Le palatal.
Le jugal.
Le nasal.
Le lacrymal.
Le voméral.
Le sous-ethméal (le cornet infr).
L'hyal.
Le vertébral (la vertèbre).
L'atléal.
L'axial.
Le sternal.
Le costal.
Le sacral.
Le coccyal.
L'ilial.
Le scapulal.
Le clavial.
L'huméral.
Le cubital.
Le radial.
Le carpe.
La palme (le métacarpe).
Le scaphéal.
Le lunal.
Le pyraméal.
Le pisial.
Le trapézal.
Le trapézial.
L'uncéal.
Les 1er, 2e, 3e palméal (métacarpien).
Le phalangéal.
Le phalanginial.
Le phalangétial.
Le fémoral.
Le tibial.
Le rotuléal.
Le péronéal.
Le tarse.
La plante.
L'astragal.
Le calcanéal.
Le scaphéal.
Le cunal, cunial, cunéal (les cunéiformes).
Le cubal.
Le plantial (métacarpien).
Le phalangéal.
Le phalanginial.
Le phalangétial.

ARTICULATIONS.

Désinence générale : ale.

La ou les intervertébrales.
Les sterno-costales.
Les costo-vertébrales.
Les transverso-costales.
L'atlo-occipitale.
L'axo-occipitale.
La maxi-temporale.
La sacro-coccyale.
La bi-pubiale.
L'omo-claviale.
L'omo-humérale.
L'huméro-cubitale.

(1) N. B. Les noms anciens sont ici entre parenthèses.

La radio-cubitale.
Les palmi-phalangéales (métatarso-phalangiennes).
La pyramo-pisiale.
La radio-carpéale.
La trapézo-palméale.
La coxo-fémorale.
La pérono-tibiale.
La fémoro-tibiale.
La tibio-astragale.
L'astragallo-calcanéale.
La ou les calcanéo-cubéales.
L'astragallo-scaphéale.
Les scapho-cunéales.
Les planti-phalangéales (métatarso-phalangiennes).
La cunéo-plantiale.
— bi-plantiale.
La cubo-plantiale.
L'unci-palméale (l'unci-métacarpienne).

MUSCLES.

Désinence générale : en *ou* ien.

1° Muscles du rachis.

Le trachélo-atlien.	(Le long du cou.)
Le lombo-pubien.	(Le petit psoas.)
Le lombo-trochantien.	(Le grand psoas.)
Les interspiniens du cou.	(Les interspiniens du cou.)
Les interspiniens du cou, des lombes.	(Les — du dos et des lombes.)
Le tranverso-spinien.	(Le transversaire épineux.)
Le sacro-transversien.	(Le long dorsal.)
Le sacro-costien.	(Le sacro-lombaire.)
Le transversien.	(Le grand transversaire.)
Les intertransversiens du cou.	—
Les — des lombes.	—

2° Muscles du thorax.

L'huméro-sternien.	(Le grand pectoral.)
Le coraco-costien.	(Le petit —)
Le clavi-costien.	(Le sous-clavier.)
Le scapulo-costien.	(Grand dentelé.)
Le scapulo-trachélien.	(L'angulaire de l'omoplate.)
Les intercostiens int^{s}, extern^{s}.	—
Les costo-transversiens.	(Les surcostaux.)
Le sous-costo-sternien.	(Le triangulaire du sternum.)
Le lombo-costo-sternien.	(Le diaphragme.)
Le costo-spinien supérieur.	(Le petit dentelé post^{r} et sup^{r}.)
— inférieur.	(— inférieur.)
Le lombo-bicipien.	(Le grand dorsal.)
L'occipito-spini-acromien.	(Le trapèze.)

3° Muscles de la tête.

Le fronto-épicrânien.	——
L'occipito-épicrânien.	——
L'auriculo-mastoïdien.	(L'auriculaire postérieur.)
— temporien.	(— supérieur.)
— zygomien.	(— antérieur.)
Le basi-trachélien.	(Grand droit antér^{r} de la tête.)
Le basi-atlien.	(Petit — — —)
L'occipito-axien.	(Le grand droit post^{r} de la tête.)
L'occipito-atlien.	(Le petit — — —)
L'atlo-axien.	(Le grand oblique de la tête.)
Le mastoïdo-atlien.	(Le petit — —)
Le jugo-atlien.	(Le droit latéral.)

4° Muscles de la face.

Le lacrymo-palpébrien.	(L'orbiculaire des paupières.)
Le surcilien.	——
L'optico-palpébrien.	(L'élévateur de la paup^{re} sup^{e}.)
— sclérotien supérieur.	(Le droit supérieur de l'œil.)
— — inférieur.	(— inférieur —)
— — interne.	(— interne —)
— — externe.	(— externe —)
— — oblique.	(Le grand oblique —)
Le maxillo-sclérotique.	(Le petit — —)
Le fronto-nasien.	(Le pyramidal du nez.)
L'orbito-nasien.	(Le triangulaire du nez.)
— labien.	(L'élévateur de la lèvre sup^{re}.)
— naso-labien.	(— commun de l'aile du nez et de la lèvre sup^{re}.)
L'alvéo-nasien.	(L'abaisseur de l'aile du nez.)
Le cani-labien.	——
Le zygo-labien.	(Le grand zygomatique.)
Le jugo-labien.	(Le petit —)
Le maxi-labien.	(Triangulaire des lèvres.)
Le milo-labien.	(Le carré de la lèvre infér^{e}.)
Le mento-symphysien.	(Le releveur du menton.)
Le bi-alvéo-labien.	(Le buccinateur.)
Le labien.	(L'orbiculaire des lèvres.)
Le ptéry-maxilien.	(Le ptérygoïdien interne.)
— condilien.	(— externe.)
Le zygo-maxien.	(Le masséter.)
Le temporo-coronien.	(Le temporal.)
L'hyo-glossien.	——
Le génio-glossien.	——

Le stylo-glossien.	——
Le glossien.	(Le lingual.)
Le ptéry-staphylien.	(Le péristaphylin externe.)
Le pétro —	(— interne.)
Le palato-staphylin.	——
Le palato-pharyngien.	——
Le glosso-staphylin.	——

5o Muscles du cou.

Le thoraco-facien.	(Le peaucier.)
Le sterno-cléido-mastoïdien.	——
Le masto-génien.	(Le digastrique.)
Le stylo-hyoïdien.	——
Le milo-hyoïdien.	——
Le génio-hyoïdien.	——
Le scapulo-hyoïdien.	——
Le sterno-hyoïdien.	——
— thyroïdien.	——
Le thyro-hyoïdien.	——
Le thyro-pharyngien.	(Le constrict. inf^{r} du pharynx.)
L'hyo- —	(— moyen —)
Le maxi-ptéry-— —	(— supérieur—)
Le stylo-pharyngien.	——
Le scapulo-spinien.	(Le rhomboïde.)
Le spini-mastoïdien.	(Le splénius.)
L'occipito-transversien.	(Le grand complexus.)
Le mastoïdo-transversien.	(Le petit —)
Le costo-trachélien antérieur.	(Le scalène antérieur.)
— postérieur.	(— postérieur.)

6o Muscles du périnée.

Le coccy-pubien.	(Releveur de l'anus.)
L'ischio-coccygien.	——
Le bulbo-coccygien.	(Sphincter de l'anus.)
L'ischio-pénien.	——
Le bulbo-pénien.	——
L'ischio-bulbien.	(Transverse du périnée.)
L'ischio-clitorien.	——
L'ano-clitorien.	(Constricteur du vagin.)

7o Muscles de l'abdomen.

Le costo-ilien antérieur.	(Le grand oblique de l'abdom.)
— moyen.	(Le petit —)
— profond.	(Le transverse —)

Le costo-ilien postérieur.	(Le carré des lombes.)
Le sterno-pubien.	(Le droit de l'abdomen.)
Le raphéo-pubien.	(Le pyramidal.)

8° Muscles de l'épaule.

Le scapulo-trochitérien supér^{r}.	(Le sus-épineux.)
— moyen.	(Le sous —)
Le scapulo-trochitérien infér^{r}.	(Le petit rond.)
Le scapulo-bicipien.	(Le grand —)
Le sous-scapulo-trochinien.	(Le sous-scapulaire.)
L'acromio-humérien.	(Le deltoïde.)

9° Muscles du bras.

Le coraco-humérien.	——
Le glénoïdo-bicipien.	(Le biceps brachial.)
L'huméro-coronien.	(Le brachial antérieur.)
Le sous-glénoïdo-olécrânien.	(Le triceps brachial.)

10° Muscles de l'avant-bras.

L'épitrochlo-radien.	(Le rond pronateur.)
— palmérien.	(Le petit palmaire.)
— palmien.	(Le grand —)
— pisien.	(Le cubital antérieur.)
— phalanginien commun.	(Le fléchiss. sup^{l}. des doigts.)
Le cubito-phalangétien.	(— profond —)
Le radio — du pouce.	(— du pouce.)
Le cubito-radien antérieur.	(Le carré pronateur.)
L'épicondylo-phalangét. comm.	(L'extens. comm. des doigts.)
— — du petit doigt.	(— propre du petit doigt.)
— palmien.	(Le cubital postérieur.)
— cubitien.	(L'anconé.)
— radien postér^{r}.	(Le petit supinateur.)
Le cubito-palmien du pouce.	(Le grand abducteur du pouce.)
— phalangien. —	(Le petit extenseur —)
— phalangét. du pouce.	(Le grand — —)
— — de l'index.	(L'extens^{r} propre de l'index.
L'huméro-stylien.	(Le grand supinateur.)
L'huméro-palminien.	(Premier radial.)
L'épicondylo-palmétien.	(Second radial.)

11° Muscles de la main.

Le scapho-phalangien.	(Petit abducteur du pouce.)
Le trapézo-palmien.	(L'opposant —)
Le capito-phalangien.	(Le court fléchisseur —)
Le palmetti —	(L'adducteur —)
Le cuti-palmien.	——
Le pisi-phalangien.	(L'adducteur du petit doigt.)
L'unci —	(Le court fléchisseur —)
L'unci-palmien.	(L'abducteur —)
Les tendini —	(Lombricaux.)
Les interpalmiens.	(Les inter-osseux palmaires.)

12° Muscles du bassin.

Le sacro-fémorien.	(Le grand fessier.)
L'ilio-trochantérien.	(Le moyen —)
L'ilio prétrochantérien.	(Le petit —)
L'ilio-trochantinien.	(L'iliaque.)
Le sacro-trochantérien.	(Le pyramidal.)
Le pubi — post^{r}.	(L'obturateur interne.)
— — antér^{r}.	(— externe.)
L'ischio — supér^{r}.	(Le jumeau supérieur.)
— — infér^{r}.	(— inférieur.)
— — postér^{r}.	(Le carré crural.)

13° Muscles de la cuisse.

L'ilio-prétibien.	(Couturier.)
— rotulien.	(Droit antérieur de la cuisse.)
Le fémoro-rotulien.	(Le triceps —)
L'ischio-tibien.	(Le demi-tendineux.)
— gonien.	(— membraneux.)
Le pubi-trochantien.	(Le pectiné.)
Le pubi-tibien.	(Le droit interne.)
L'ischio-fémoro-péronien.	(Le biceps.)
Le pubi-mi-fémorien.	(Le moyen adducteur.)
Le pubi-sus-fémorien.	(Le petit ——)
L'ischio-fémorien.	(Le grand ——)
L'ilio-aponévrosien.	(Le tenseur aponévrotique.)

14° Muscles de la jambe.

Le tibio-cunien.	(Le jambier antérieur.)
Le péronéo-phalangétien du p.	(L'extenseur du gros orteil.)
— — commun.	(— commun des orteils.)

Le péronéo-plantien.	(Le péronier antérieur.)
Le bi-condylo-calcanien.	(Les muscles jumeaux.)
Le tibio- —	(Le soléaire.)
Le condylo-calcanien.	(Plantaire grêle.)
— tibien.	(Poplité.)
Le tibio-phalangétien comm.	(Le fléchissr comm. des orteils.)
Le péronéo — du pouce.	(Le grand — du gros —)
Le tibio-scaphien.	(Jambier postérieur.)
Le péronéo-sous-plantien.	(Long péronier latéral.)
— plantien externe.	(Le moyen.)

15o Muscles du pied.

Le calcanéo-phalangét. com.	(Le pédieux)
Le calcanéo-sous-phalanginien commun.	(Le petit fléchisseur commun)
— tendinien.	(L'accessoire.)
Les tendini-phalangiens.	(Les lombricaux.)
Le calcanéo — du pouce.	(Le petit fléchisr du gros orteil.)
Le cubo — —	(L'abducteur oblique —)
Le planti — —	(— transverse —)
Le calcanéo-phalangien du 5e orteil.	(Pe petit abductr du gros orteil.)
Les interplantiens.	(Les inter-osseux du pied.)

ARTÈRES.

Désinences : aire *ou* ère.

Troncs.	Branches.
L'aorte................ La brachio-céphalière..	L'aorti-cordiaire ou seulement la cordiaire. — sternaire. (Les intercostales.) — testiculaire. (La spermatique.) — capsulaire. — œsophagiaire. — bronchiaire. — lombaire.
La trachélière.......... (La carotide primitive.) La jugulaire .... (La carotide interne.)	La jugulo-orbitaire ou l'orbitaire. (L'ophthalmique.) — cérébraire antérieure. — moyenne. — choroïdaire.

La parotidaire. . . . .
(La carotide externe.)

- La *paro-thyroïdaire* ou seulement la *thyroïdaire* supérieure.
  (La thyroïdienne supérieure.)
- — labiaire.
  (Labiale.)
- — faciaire.
  (Faciale.)
- — occipitaire.
- — auriculaire.
- — pharyngiaire.
- — maxillaire.
  (Maxillaire interne.)

La sous-clavière. . . . .

- La *clavi-thyroïdaire* ou la thyroïdaire inférieure.
- — ombilière.
- — basilaire.
  (Vertébrale.)
- — scapulaire.
- — sternaire.
  (Intercostale supérieure.)
- — post-scapulaire.
- — occipitaire.

L'axillaire . . . .

- L'axillo-acromiaire ou l'acromiaire.
- — mammaire.
  (Thoracique antérieure.)
- — thoracière.
  (Mammaire externe.)
- — sous-scapulaire.
- — trochinière.
  (Circonflexe antérieure.)
- — trochitérière.
  (Circonflexe postérieure.)

L'huméraire. . . . .

- L'huméro-épicondylière.
  (L'humérale profonde.)
- — épitrochléère.
  (La collatérale interne.)
- — musculaire.

La radiaire. . . . .

- La radio-épicondyliaire.
  (La récurrente antérieure.)
- — palmaire.
- — carpiaire.
  (Dorsale du carpe.)
- — sus-palmiaire.
  (Dorsale du métacarpe.)
- — digitaire externe.
- Les digitaires.

La cubitaire.	La cubito-épitrochlère antérieure. — — postérieure. — carpiaire — (Inter-osseuse antérieure.) — épicondylière postérieure. Les palmaires. Les palmi-digitaires. (Collatérales des doigts.)
La cœliaire . . . . La splénière.	La spléni sous-gastrière. (Gastro-épiploïque gauche.) — pancréiaire. — cardiaire. (Vaisseaux courts, etc.)
La gastrière. . . . . (Gastrique.)	La gastro-œsophagière. — cardiaire.
L'hépatière . . . . (L'hépatique.)	L'hépato-pylorière. — sous-gastrière. (Gastro-épiploïque droite.) — duodénière. — félière. (Cystique.)
L'entérière. . . . . (Mésentérique supér^{re}.)	L'entéro-colière droite. — omphalière. (L'omphalo-mésentérique.)
La Colière . . . . (Mésentérique infér^{re}.)	Les entéro-colières en général.
La sus-iliaire. . . . . (L'iliaque primitive.)	
L'iliaire . . . . (L'iliaque externe.)	L'ilio-ombilière ou l'ombilière. (L'épigastrique.) — lombaire. (La circonflexe iliaque.)
La pelviaire. . . . . (L'hypogastrique.)	La pelvi-ombilière. (Ombilicale.) — cystière. (Vésicale.) — hémorrhoïdaire. — utérinaire. — vaginaire. — sous-pubière. (Obturatrice.) — lombaire. — fessière. — ischiaire. — génitaire.

La fémoraire	La fémoro-ombilière.
	(Sous-cutanée abdominale.)
	— génitaire.
	— vulvaire.
	— musculaire.
	La cruraire.
	(Fémorale profonde.)
	La cruro-ischiaire.
	(Circonflexe interne.)
	La cruro-trochantière.
	(Circonflexe externe.)
La poplitaire	Les popliti-suraires.
	(Jumelles.)
	— articul^{s} supér^{s} moy^{s} inf^{s}.
La prétibiaire	La prétibio-rotulière.
	(Récurrente tibiale.)
	— malléolaire interne.
	— — externe.
La pédière	La pédi-tarsière.
(Pédieuse.)	— plantiaire.
La tibiaire	La plantaire.
(La tibiale postérieure.)	— interne.
La péronnière	— externe.
	Les planti-digitaires.
	— calcanières.
	— musculaires.
	— articulaires.
La testiculaire	L'épididymaire.
(Spermatique.)	La funiculaire.
L'ovariaire.	
La rénière.	
(Rénale.)	Les réni-capsulaires.
La capsulaire	ou l'aorti-capsulaire.
La cœlio-phrénière	La phréni-œsophagière.
(Diaphragmatique inf^{re}.)	— capsulaire.

VEINES.

Désinence générale : ène *ou* eine.

Troncs.	Branches.
La coïlienne.	Les thymi-coïliennes ou les thymiennes.
(Veine-cave supér^{re}.)	Les péricardi — —
	Les phréni — —
	L'ombili — —

	La facio-trachélienne.	
	La glosso —	
La brachio-céphalienne..	La pharyngo —	inférieure.
La trachélienne.........	La thyro —	supérieure.
(Jugulaire interne.)	— —	moyenne.
	L'occipito —	
	La maxillo —	
	La sus-scapulo-trachélienne.	
La trachélienne cutanée..	La post — —	
	La temporo — —	
La trachélienne antér^re...	Laryngo-trachélienne antérieure.	
Les sinus de la dure-mère.		
Les cérébriennes.		
Les cérébelliennes.		
Les spiniennes.		
Les sinus du rachis.		
Les diploïennes.		
(Veines diploïques.) .		
	Les lombo-aortiennes.	
	Les réni —	
L'aortienne.............	Les capsuli —	
(Veine cave inférieure.)	Les testiculi —	
	Les ovari —	
	Les phréni —	
L'hépatienne...........	Les entériennes ou entéro-hépatienn^s	
(Veine porte.)	Les coliennes ou colo —	
	La sous-pubienne ou sous-pubi-pelvienne.	
La susilienne...........	L'ischienne —	
La pelvienne...........	Les cystiennes —	
L'ilienne...............	Les hémorrhoïdiennes —	
	Les utériennes —	
	L'ombilienne —	
	Les œsophagiennes ou œsophago-prérachidiennes.	
La prérachidienne.......	Les intercostiennes droites ou les sterno-prérachidiennes.	
(Veine azygos.)	Lombiennes droites ou les sterno-prérachidiennes.	
	Les rachidiennes ou les sterno-pré-rachidiennes.	
La clavienne.	L'intercostienne supérieure ou la sterno-clavienne.	
L'axillienne.	Les tibiennes.	
L'humérienne.		

L'humérienne cutanée externe.
(La céphalique.)
L'humérienne cutanée interne.
(La basilique.)
Les radiennes.
La radienne cutanée.
Les cubitiennes cutanées.
La cubito-humérienne cutanée.
(Médiane basilique.)
La radio-humérienne cutanée.
(Médiane céphalique.)
Les palmiennes.
Les phalangiennes.
La fémorienne.
La saphène interne ou la planti-fémorienne.
La poplitienne.
La saphène externe ou la pédi-poplitienne.
Les pédiennes.
Les plantiennes.

Les prétibiennes.
Les péroniennes.
Les ossiennes.
(Veines des os.)
Les musculiennes.
(Veines des muscles.)
Les thoraciennes.
(Veines du thorax en général.)
Les céphaliennes.
(Veines de la tête.)
Les abdomiennes.
(Veines de l'abdomen.)
Les orbitiennes.
Les ophthalmiennes.
Les pulmoniennes.
Les cordiennes.
Les gastriennes.
Les spléniennes.
Les pancréatiennes.
Les péniennes.
Les vulviennes, etc.

LYMPHATIQUES.

Désinence générale : ique.

GANGLIONS.	VAISSEAUX.
	Le thoracique. (Canal thoracique.) Le clavique. (Veine lymphatique droite.)
Le pédique.	Les tibiques. } ou pédi-poplitiqs. Les prétibiques. } — inguiniqs.
Les poplitiques.	
Les inguiniques	Les génito-inguiniques. — lumbo — — abdomi — — périnéo —
Les pelviques.	Les vulvo-pelviques. — ischio — — utéro — — vésico —

Les lombiques.	Les testiculo-lombiques.
Les mésentériques.	Les entéro-mésentériques. — colo —
	Les entéro-thoraciques. (Vaisseaux lactés.)
Les aortiques.	Les réni-aortiques. Les capsulo —
Les hépatiques.	*Idem.*
Les gastriques.	*Idem.*
Les spléniques	*Idem.*
Les bronchiques.	*Idem.*
Les pulmoniques.	Les pulmo-bronchiques.
Les médiastiques	*Idem.*
Les cordiques	Les cordi-aortiques.
Les sous-maxiques.	
Les trachéliques.	
Les trachéliques cutanés. .	Les laryngiques ou laryngo-trachéliques. Les thyroïques — — Les œsophagiques — —
Les axilliques	Les radiiques profonds, cutanés, ou les digito-axilliques externes, superficiels ou profonds.
Les claviques	Les cubitiques ou les digito-axilliques internes, superficiels ou profonds.
Les mammiques.	Les humériques ou les huméro-axilliques externes, internes, superficiels ou profonds. Les mammo-axilliques. Les thoraco-mammiques.

NERFS.

Désinence générale : eux *ou* ieux.

TRONCS.	BRANCHES (PRINCIPALES).
L'ethmeux. (Olfactif.)	
L'oculeux. . . . . L'orbiteux commun	L'orbito myeux supérieur. — — inférieur. — — interne. — trochléieux inférieur.

L'orbiteux externe.	
L'orbiteux interne......	L'orbito-trochléieux supérieur.
Le trifacieux...........	Le sus-orbiteux. Le sus-orbito-lacrymeux. — — surcilieux. — — palpébreux. — — olfactieux. Le maxillieux. Le maxillio-denteux. — facieux. Le maxieux. Le maxi-temporeux. — labieux. — linguieux. — denteux, etc.
Le facieux.............	Le facio-auriculeux. — mastoïdieux. — juguеux. — sous-maxieux.
L'auditeux.............	L'audito-limacieux. — vestibuleux.
Le vocieux............. (Pneumo-gastrique.)	Le voco-pharyngieux. — laryngieux supérieur. — — inférieur. — cordieux. — œsophagieux. — trachéieux. — pulmoneux. — gastérieux.
Le gluticux............ (Glosso-pharyngien.)	Le gluti-pharyngieux. — tonsillieux. — linguieux. — facieux. — vocieux. — spinieux.
Le spinieux............ (Spinal.)	Le spini-pharyngieux. — sterno-mastoïdieux.
Le glossieux........... (Hypoglosse.)	Le glosso-vocieux. — trachélieux profond. — hyo-glossieux. — linguieux.

Plexus trachélieux......	Le trachélo-occipiteux. — mastoïdieux. — auriculieux. — sous-maxieux. — sus-clavieux. — — sternieux. — — mammeux. — — acromieux. — phrénieux.
Le plexus axilleux......	L'axillo-sus-épineux. — sous — — sous-scapuleux. — pré-scapuleux. — sous-clavieux. — mammeux.
L'huméreux............ (Médian.)	L'huméro-phalangieux antérieur du pouce. — — — de l'index. — — — du médius. — — — de l'annulaire.
Le radieux	Le radio-phalangieux du pouce. — — de l'index. Le musculeux supérieur.
Le cubiteux............	Le cubito-palmieux dorsal. — phalang. du 5me doigt. — — de l'annulaire. — — du médius. — myo-palmieux. — inter-osseux.
Le radieux cutané. Le cubiteux cutané.	
Les intercostieux. Le plexus lombeux.	Le lombo-sus-pubieux exter^e int^e. — — inguineux — — — géniteux — — — pubieux —
Le sous-pubien. (Obturateur.)	
Le lombo-sacreux. Le fémoreux.	Le fémoro-tégumenteux. — angéieux. — musculeux antérieur. — — interne. — — externe. — pédieux.

Plexus sacreux	Le sacro-utéreux.	
	— vagineux.	
	— sous-pubieux.	
	— — aneux.	Le génito-pénieux.
	— — géniteux.	— bulbeux.
	— — fessieux.	
L'ischieux. (Sciatique.)		
Le popliteux externe	Le popliti-phalangieux, dorsal.	
	— prétibieux.	
	— péronieux.	
Le popliteux interne	Le popliti-pédieux (saphène ext^{e}).	
	— plantieux externe.	
	— — interne.	
	Les planti-phalangieux int^{e} ou ext^{e}.	
	— musculeux.	
	— inter-osseux.	
	— tégumenteux.	

FIN.

COMPTE-RENDU

DES

PRINCIPAUX FAITS OBSERVÉS

A LA

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL St-ÉLOI

DE MONTPELLIER,

PENDANT LES MOIS D'AOUT, SEPTEMBRE, OBTOBRE, NOVEMBRE 1848;

PAR J. BOURELY,

CHARGÉ DU SERVICE,

Professeur-Agrégé, ancien Chef-interne des hôpitaux et de la clinique d'accouchements, ancien Prosecteur de la Faculté, ancien Aide-anatomiste.



MONTPELLIER,

IMPRIMERIE DE RICARD FRÈRES, PLAN D'ENCIVADE, 3.

1849.

COMPTE-RENDU

DES PRINCIPAUX FAITS OBSERVÉS A LA CLINIQUE MÉDICALE

DE L'HÔPITAL St-ÉLOI DE MONTPELLIER,

PENDANT LES MOIS D'AOUT, SEPTEMBRE, OCTOBRE, NOVEMBRE 1848.

Chargé, pour la seconde fois, du service de la clinique médicale, je me suis occupé de nouveau à colliger, au point de vue pratique, les principaux faits observés.

Ces comptes-rendus ont une valeur, ce me semble, autrement importante que la plupart des traités classiques de pathologie, remplis le plus souvent de compilations indigestes et de descriptions plus ou moins artificielles des maladies. Pourtant, à quelques exceptions près, les jeunes gens de nos Écoles se contentent de la lecture de ces ouvrages, soit pour obtenir le diplôme de docteur en médecine, soit pour s'élever au rang de médecin praticien. S'imaginant que la nature se prête, comme l'art, à ces

coupes artificielles, rien ne leur semble plus simple et plus aisé que la distinction de chaque espèce morbide et la détermination des indications.

Illusion profonde, erreur funeste qui devient la source des plus cruelles méprises, des fautes les plus graves! Heureux encore ceux qui, doués d'un esprit sagace, comprennent assez tôt que, pour suivre la bonne voie, ils doivent s'adonner à l'observation attentive et réfléchie des faits, et consulter l'expérience des maîtres de la science dans les œuvres immortelles qu'ils nous ont léguées !

Or, que de peines, que de déboires évités, si, de bonne heure, le jeune élève suivait, avec une attention religieuse, le service des hôpitaux, afin de s'y livrer aux exercices cliniques! Car, à la clinique seule est réservée la tâche si noble et si difficile à la fois de soumettre au creuset de l'expérience les théories médicales successivement émises, de rejeter tout ce qui est faux, comme aussi de faire accepter tout ce qui peut s'élever au rang des vérités doctrinales; enfin, de conserver et transmettre intact, mais en l'agrandissant, le dépôt sacré des dogmes fondamentaux de la médecine pratique.

Le clinicien, dans ses comptes-rendus, s'attache à mettre en relief divers points de médecine-pratique trop négligés ou à peine effleurés par les auteurs classiques. L'homme malade et le milieu dans lequel il vit, font successivement ou en même temps l'objet de ses méditations. Dans l'étude des individualités morbides, il rejette les travaux graphiques minutieux où se montre à nu le pinceau de l'artiste, et se contente de nous dérouler les principales scènes pathologiques propres à nous dévoiler la nature de l'affection. Il nous met sous les yeux la lutte incessante des forces de la vie contre l'ennemi qui tend à les anéantir;

nous apprend ainsi à distinguer les actes sympathiques des actes synergiques, à prévoir, seconder, diriger ou exciter les efforts médicateurs de l'agrégat vivant.

Le médecin clinicien, enfin, a parfaitement compris et développé toute l'importance des constitutions atmosphériques et médicales et de leur étude, afin de saisir le génie des maladies catastatiques et épidémiques, et de savoir pourquoi, avec des formes identiques, nos affections morbides changent souvent de nature d'une année à une autre. Aussi voyons-nous ce point de pratique être un sujet continuel d'études de la part des médecins anciens et modernes. C'est ainsi qu'Hippocrate, Galien, Fernel, Baillou, Sydenham, Ramazzini, Stoll, Fouquet, etc., etc., nous ont laissé les observations météorologiques et médicales les plus vraies, les plus utiles à consulter. Nous devons donc faire tous nos efforts pour suivre la voie qui nous est tracée par ces bienfaiteurs de l'humanité, afin de coopérer, dans les limites de nos faibles moyens, à la propagation des principes sacrés de la médecine hippocratique.

L'histoire pathologique de notre quadrimestre se divise naturellement en plusieurs chapitres : le premier traite de la constitution médicale de l'été et des maladies qui se sont développées à cette époque ; le second est consacré à celle de l'automne et des maladies qui lui sont propres ; dans le troisième, nous nous occupons des fièvres éruptives qui ont été très-nombreuses pendant ces quatre mois ; enfin, le quatrième et dernier chapitre a pour objet les divers modes pathologiques sporadiques, soit aigus, soit chroniques, qui nous ont offert de l'intérêt clinique.

CHAPITRE PREMIER.

1° Hippocrate et tous les médecins qui, depuis l'antiquité jusqu'à nous, ont marché sur ses traces, n'ont jamais négligé d'interroger les constitutions atmosphériques, soit saisonnières, soit stationnaires, afin de déterminer le génie épidémique du mal.

A chaque saison, à chaque constitution météorologique, en effet, appartient un ordre particulier de maladies : d'abord légère et peu dessinée, l'affection catastatique domine complètement la scène morbide dès que la constitution saisonnière est arrivée à son summum d'intensité, et persiste encore quelque temps, alors même que celle-ci a fait place à une nouvelle. N'est-il pas du plus haut intérêt de suivre ces diverses modifications et transformations morbides successives qui s'opèrent sous l'influence des saisons ?

Mais, tout en proclamant l'importance des observations météorologiques, nous devons aussi faire le plus grand cas des divers autres agents modificateurs auxquels nous sommes incessamment soumis, et des conditions individuelles de chaque sujet. Toutes ces circonstances bien analysées nous dirigent dans l'appréciation de la nature des maladies, des complications qui peuvent surgir, et des principales indications à remplir.

2° Déjà, pendant les mois d'Avril et Mai, s'était établie une douce chaleur, mais avec une différence prononcée entre la température du jour et celle de la nuit, surtout lorsque des brouillards étaient apportés par les vents de mer. Dès le mois de Juin, les chaleurs d'abord, la sécheresse ensuite, constituent les deux qualités excessives de

la constitution atmosphérique, et persistent jusque vers la fin d'Août. A cette époque, l'air se rafraîchit d'une manière brusque à la suite d'un violent orage. Le mois de Septembre s'annonce par une température fraîche et humide qui persiste à cause des pluies d'orages assez fréquentes et abondantes.

C'est sous le coup de cette constitution atmosphérique que se trouvent placés les militaires qui sont confiés à nos soins. Ce sont pour la plupart de jeunes recrues, arrivés depuis peu au régiment : à cette particularité près, les autres conditions pathogénétiques sont loin d'être les mêmes pour tous.

D'un côté, nous voyons les hommes du génie, généralement forts et vigoureux, supportant assez bien les exercices pénibles auxquels ils se livrent. Il est fâcheux que, par leur position, ils respirent presque toujours un air plus ou moins vicié, soit par les exhalaisons qui s'élèvent du Verdanson et des eaux croupissantes du Lez, soit par les effluves marécageux que leur apporte la moindre brise de mer.

D'un autre côté s'offrent à nous de jeunes militaires appartenant au corps des chasseurs à pied. De l'avis des chefs, les conseils de révision ne leur ont envoyé que des jeunes gens faibles, chétifs, incapables de supporter les courses et les travaux accablants qui sont nécessaires à leur éducation militaire. Est-il étonnant que, sous l'influence de ces diverses causes réunies, se développent des maladies excessivement graves ?

3o Dans les premiers jours du mois d'Avril, prédominent les embarras des premières et des secondes voies, des flux diarrhéiques et dysentériques, avec ou sans fièvre. L'analyse de tous ces faits morbides nous démontre aisé-

ment l'existence d'une fluxion, avec une légère irritation du côté de la muqueuse abdominale; le mouvement fluxionnaire s'accompagne de polycholie.

Les évacuants sont indiqués ; secondés par une diète plus ou moins sévère et l'usage des boissons acidulées, ils suffisent à un prompt rétablissement. Inutile d'ajouter que l'ipécacuanha seul, comme vomitif, est administré dans les cas d'embarras gastrique et au début d'une dysenterie ; tandis que les purgatifs sont prescrits contre l'embarras intestinal et vers la fin du flux dysentérique.

4o En même temps que règnent ces affections abdominales, existent aussi plusieurs cas de fièvres typhoïdes. Cette cruelle affection ne tarde pas à dominer complètement. Le début n'en est pas toujours bien dessiné, et laisse souvent l'esprit dans le doute : ainsi, dans le courant du mois d'Août, ce sont les signes d'une fièvre gastrique, avec ou sans diarrhée, qui en caractérisent l'invasion.

Nous avons retrouvé le plus souvent, dans cet état morbide complexe, les trois scènes morbides qui suivent : dans la première période, se manifeste un ensemble de symptômes qui indiquent une lésion plus ou moins profonde des centres nerveux, avec surexcitation générale, lassitudes, brisement dans les membres, titubation en marchant, pesanteur de tête, parfois céphalalgie frontale, vertiges, éblouissements, stupeur de la face, fixité, hébétude du regard ; bientôt volubilité extrême dans la parole, ou réponses lentes, pénibles; idées sans liaison.

Mouvement fébrile plus ou moins prononcé : chez beaucoup de malades, la chaleur de la peau est âcre, mordicante ; le pouls fréquent, large, dilaté; d'autres fois la température extérieure du corps est moins élevée, plus douce; l'artère radiale bat avec moins de fréquence; la

langue est le plus souvent bicolore, rouge au milieu, blanche sur les bords. Symptômes d'irritation et de fluxion de la muqueuse intestinale. Enfin, du 5e au 7e jour, se développent, sur l'abdomen et la poitrine, des taches rosées lenticulaires.

Dans le second septénaire, augmente le trouble du système nerveux ; et déjà, à l'exaltation des forces agissantes, commence à s'ajouter l'épuisement des forces radicales. Plus de rapport entre les symptômes extérieurs et les sensations qu'ils doivent faire naître ; la stupeur est plus profonde ; le délire se déclare avec des formes diverses : tantôt tranquille et passager, tantôt continu et furieux, avec agitation violente ; d'autres fois existe seulement une mussitation continuelle, avec divagation dans les idées.

La chaleur à la peau persiste ; le pouls n'a rien perdu de sa fréquence, mais devient petit ; les narines présentent de la pulvérulence ; les gencives sont recouvertes de fuliginosités; la langue est sèche, racornie ; le ventre météorisé ; la diarrhée persiste. C'est alors que sont à redouter des mouvements fluxionnaires, suivis de congestion, d'inflammation des organes les plus nobles contenus dans nos grandes cavités.

Nous devons consigner ici la remarque suivante : durant cette succession des nombreux phénomènes morbides énumérés, se manifestent presque toujours des exacerbations et des rémissions irrégulières sans doute, mais bien propres à rendre le diagnostic incertain, en faisant supposer tout d'abord l'existence d'une véritable fièvre rémittente.

Dans la troisième période, se développent les caractères principaux de l'adynamie; il y a une véritable résolution des forces radicales ; la peau, sèche, terreuse, se recouvre d'escarres sur les points où repose le corps, où

existent des topiques vésicants ; des sudamina se montrent sur le cou et le tronc ; le pouls, devenu tremblotant, est d'une fréquence et d'une faiblesse extrêmes ; des exsudations sanguines se font par les muqueuses, soit nasale et buccale, soit intestinale ; la face se décompose de plus en plus, et présente enfin cet état particulier connu sous le nom de *facies* hippocratique.

Dans le plus grand nombre de cas, la fièvre typhoïde s'est révélée par cette série d'actes morbides. Assez souvent pourtant ses caractères ont été moins tranchés, et ses périodes moins distinctes ; parfois même elle nous a offert, dans son expression pathétique, un tel désordre, une telle confusion, que, dès le début, se sont montrés en même temps des signes d'ataxie et d'adynamie.

5º Enfin, à l'affection typhoïde sont venus s'ajouter fréquemment, soit un élément morbide particulier, soit un groupe de symptômes qui nous a conduit à en admettre plusieurs formes.

Ainsi, dans le mois d'Août, la forme abdominale est très-commune ; la plupart des malades ressentent les atteintes, soit d'un état gastrique, soit de la diarrhée ; il y a pesanteur ou douleur à l'épigastre ; la fosse iliaque droite est douloureuse à la pression, et fait entendre du gargouillement : en outre, la céphalalgie sus-orbitaire, la langue sale, recouverte d'un enduit jaunâtre, etc., indiquent l'existence de l'état bilieux. Quelques observations doivent trouver place ici.

1re *Observation.* — Le nommé Gerberon (Laurent), âgé de 21 ans, soldat au 2e régiment du génie, entre à l'hôpital le 12 Août. Il est couché au nº 48, salle St-Charles ; il jouit d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatique, et n'a jamais été malade. Il ne sait à quelle cause rapporter l'origine de sa maladie.

Dès la veille, ce militaire est pris de brisement dans les membres, vertiges, céphalalgie frontale, épistaxis. A ces symptômes s'ajoutent le lendemain, jour de son entrée, de la stupeur, du dégoût, des envies de vomir ; la langue est recouverte d'un enduit jaunâtre ; il y a une sensation de pesanteur et d'empâtement du côté de l'épigastre ; diarrhée, cinq à six selles par jour; le pouls est fréquent, mais plein, dur, tendu ; la peau chaude. Saignée de 240 grammes ; après, ipécacuanha 1 gramme en quatre fois, de quart d'heure en quart d'heure.

Du 12 au 15, vertiges, stupeur prononcée, diarrhée, douleur légère et gargouillement à la fosse iliaque droite.

Le 16, sixième jour de la maladie, apparaît sur la poitrine et le bas-ventre une éruption considérable de taches rosées, lenticulaires ; je ne les avais jamais rencontrées aussi nombreuses dans aucun cas de fièvre typhoïde ; elles semblent coïncider avec la bénignité du mal. En même temps s'établit une transpiration abondante.

Cette sueur générale peut être considérée comme la crise de la maladie ; car, dès le 18 Août, neuvième jour, l'état de ce militaire est tout-à-fait satisfaisant ; la stupeur a disparu ; il n'y a que trois selles sans coliques ; la peau est moite et le pouls normal. Gerberon reste encore quelques jours dans l'hôpital pour consolider sa convalescence, et le quitte vers la fin du mois.

2e *Observation.* — Molles (Pierre), âgé de 19 ans, chasseur à pied, entre à l'hôpital le 26 Juillet 1848. Il est couché au nº 8, salle Notre-Dame ; il jouit d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatique, et n'a jamais été malade jusqu'à ce jour.

Ce jeune militaire se plaint de céphalalgie frontale, de vertiges ; son regard est sans expression ; une légère ex-

sudation sanguine a eu lieu par la muqueuse nasale ; la chaleur de la peau est âcre et mordicante ; le pouls fréquent et large ; la langue, un peu rouge à la pointe et sur les bords, est recouverte au milieu d'un enduit jaunâtre ; l'épigastre est douloureux et empâté ; la pression réveille une douleur assez vive dans la fosse iliaque droite, où il y a du gargouillement ; le malade pousse cinq à six selles dans les 24 heures. Les sangsues à l'épigastre et sur le trajet du cœcum, des attractifs émollients aux extrémités inférieures, sont d'abord prescrits.

Le 29, la stupeur est plus prononcée, la céphalalgie violente ; le délire se déclare et devient continu ; les symptômes d'irritation abdominale et la diarrhée persistent. Le lendemain, apparaissent sur l'abdomen quelques taches rosées, lenticulaires. Émissions sanguines locales associées aux émollients.

A dater du 2 Août, le trouble des centres nerveux a presque disparu ; il ne reste plus que de la douleur du côté de la région frontale, avec de la stupeur ; mais le pouls est fréquent et petit, la chaleur âcre, le bas-ventre douloureux ; il y a aussi de la diarrhée.

Le 5 Août, la peau devient moite ; le pouls perd de sa fréquence et devient mou ; la langue est humide ; le flux diarrhéique n'existe plus ; la stupeur est très-légère. L'état de Molles s'améliore de jour en jour ; et, dès le 15 Août, on peut le considérer comme convalescent.

Dans la nuit du 17 au 18, après avoir passé une grande partie de la journée dans la cour, exposé au soleil, il est pris de douleur vive à la tête, avec otalgie violente et fièvre. Dès ce moment, la diarrhée se réveille ; il y a huit, dix selles par jour, douleurs abdominales : tous les moyens

restent impuissants, et Molles succombe le 4 Septembre.

Le tissu cellulaire sous-arachnoïdien est infiltré ; les ventricules contiennent à peu près un verre de sérosité ; le poumon gauche est un peu engoué à la partie postérieure ; une rougeur vive existe au grand cul-de-sac de l'estomac ; la muqueuse de l'intestin grêle nous montre des traces nombreuses d'ulcérations et de plaques typhoïdes, mais toutes cicatrisées ou en voie de guérison ; elles sont très-apparentes près de la valvule iléo-cœcale. La muqueuse du gros intestin est parsemée d'ulcérations superficielles récentes, avec un fond très-rouge.

Ces diverses altérations anatomiques sont sans contredit d'origine différente. Celles de l'intestin grêle ont suivi les phases de la fièvre typhoïde, et tendaient à s'effacer complètement ; celles de l'encéphale et du gros intestin sont de fraîche date, et se rapportent aux accidents pathologiques consécutifs qu'a entraînés l'imprudence commise par ce malheureux.

Un autre fait à noter, c'est le rapport qui a existé, dans ce cas, entre la gravité des symptômes abdominaux et l'altération typhoïde. Il en a été toujours ainsi dans la forme abdominale durant tout le mois ; l'altération intestinale a été constamment dans un rapport direct avec le désordre fonctionnel des mêmes parties : c'est ce que nous avons pu observer chez les militaires couchés aux n°s 30 et 14, salle Notre-Dame, 19 et 38, salle St-Lazare. Chez ces quatre sujets, l'éruption furonculeuse et les plaques gaufrées se montrent avec tous leurs caractères, et très-nombreuses : en outre, les ganglions mésentériques sont injectés, tuméfiés, ramollis ; la rate est augmentée de volume et a perdu de sa consistance.

Il est rare que, dans la première période de la fièvre

typhoïde, il n'existe quelques signes d'irritation et de congestion du côté de la muqueuse bronchique et du parenchyme pulmonaire : de là, ce râle sonore, sibilant, si commun alors, mais de peu d'importance. Ce n'est donc pas cet état particulier que nous voulons mentionner ; il s'agit de ces cas assez nombreux caractérisés par la prédominance des symptômes pneumoniques, d'où la forme typhoïde appelée *pectorale*.

C'est dans les derniers jours d'Août, et pendant le mois de Septembre, que les viscères de la poitrine sont devenus le siége habituel des mouvements fluxionnaires ; ils ont commencé à s'opérer quelquefois dès le début, plus souvent à la fin du premier septénaire, parfois même vers le 16e ou 18e jour ; mais alors ils ont été rapidement suivis d'une congestion mortelle. Cet accident a emporté le no 2 *bis*, salle Ste-Marie, qui n'a craché du sang que deux jours avant sa mort. D'autres malades ont été plus heureux, et se sont complètement rétablis. Entre autres exemples, nous citerons le suivant :

3e *Observation*. — Nouguier (Jean-Joseph), âgé de 21 ans, soldat au 2e régiment du génie, entre à l'hôpital le 19 Août. Il est couché au no 4, salle Notre-Dame, présente un tempérament lymphatico-sanguin, une bonne constitution ; a eu les glandes du cou engorgées dans son enfance.

Sa maladie débute par une céphalalgie violente, avec vertiges et une légère diarrhée ; ces symptômes persistent pendant plusieurs jours, et s'accompagnent de douleur avec gargouillement dans la fosse iliaque droite, de stupeur. Le 25 Août, s'opère une hémorrhagie nasale ; en même temps apparaissent à la poitrine et au bas-ventre les taches rosées lenticulaires.

La respiration est déjà accélérée dès le début, et l'oreille perçoit du râle sibilant ; mais, à dater du 29 Août, la poitrine devient le siége d'un mouvement fluxionnaire intense; la respiration est difficile, la parole brève ; du râle crépitant se fait entendre dans un tiers du poumon gauche ; partout ailleurs nous avons du râle sonore et muqueux ; la toux est fréquente, et les matières expectorées sont mucoso-sanguinolentes ; en même temps le pouls est fréquent, mais petit; la peau chaude et présentant au cou beaucoup de sudamina ; la langue est sèche, racornie ; les narines pulvérulentes ; le ventre tendu, météorisé ; la diarrhée persiste.

Jusqu'au 5 Septembre, il y a des alternatives de mal et de bien; notons seulement que le ventre est complètement dégagé, et que la poitrine seule reste affectée. Mais, dès ce jour, l'amélioration est réelle ; la peau est douce et moite, le pouls naturel, la langue bonne ; les fuliginosités ont disparu ; il ne reste plus qu'un peu de stupeur et du râle sibilant et muqueux, avec une expectoration abondante de mucosités.

Dès le 7 Septembre, l'état de Nouguier continue à s'améliorer, et bientôt la respiration devient naturelle ; la toux disparaît, ainsi que les diverses espèces de râle ; enfin, la convalescence est franche et complète.

Les émollients et les émissions sanguines sont employés les premiers jours ; plus tard, nous avons recours aux vésicatoires placés aux membres, à la décoction de quinquina coupée avec le lait, à une infusion d'ipécacuanha contenant 50 centigr. de cette racine sur 120 gram. d'eau, et donnée par cuillerée de trois en trois heures. Nous avons cessé de bonne heure l'usage des émissions sanguines, crainte d'aggraver l'état de ce militaire ; car n'ou-

blions pas que les symptômes pneumoniques se trouvaient associés à un affaiblissement considérable.

Chez d'autres sujets, les centres nerveux et leurs enveloppes sont presque exclusivement l'aboutissant des mouvements fluxionnaires. Il est des cas où le délire, les rêvasseries se sont manifestés dès le début de la maladie, et ont persisté jusqu'à la fin ; parfois une délire furieux ne s'est déclaré que quelques jours avant la mort. Un des faits les plus remarquables est celui qui nous a été offert par le nommé Braise.

4e *Observation.* — Ce jeune soldat du génie entre à l'hôpital le 27 Septembre ; il est âgé de 21 ans, doué d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin. Il a eu, dans son enfance, la teigne et les glandes du cou engorgées. Dans ces deux dernières années, il a eu, à huit reprises différentes, les fièvres intermittentes.

Étant au polygone, il est pris de lassitudes, de céphalalgie, vertiges, éblouissements, et transporté aussitôt au quartier, d'où il est envoyé le surlendemain seulement à l'hôpital. Il occupe le no 20, salle Notre-Dame. Il nous offre l'état suivant :

Les lassitudes, les vertiges, la céphalalgie, persistent; il y a en même temps des traces de stupeur; les yeux sont brillants, injectés, les réponses brèves, les idées incohérentes; le pouls est fréquent, sans plénitude; chaleur âcre à la peau ; la langue est humide, avec rougeur sur les bords et à la pointe ; la poitrine et le bas-ventre paraissent libres.

Cet état continue jusqu'au 29 Septembre ; ce jour-là, stupeur plus prononcée, *subdelirium*, figure injectée, narines pulvérulentes ; pouls fréquent, âcreté de la peau, soubresauts des tendons ; respiration accélérée, mais sans

l'existence d'aucun râle particulier. Le lendemain, le délire est tel, que la camisole de force est nécessaire pour le retenir dans le lit.

Le 2 Octobre, cette surexcitation générale diminue, et déjà commencent à apparaître l'affaissement, le coma; nous apercevons sur le ventre quelques taches rosées. Dans la nuit, il y a eu agitation, délire; dans le jour, au contraire, stupeur profonde, somnolence; les traits de la face sont tirés; la température de la peau est moins élevée; le pouls, faible, a perdu de sa fréquence; les narines sont pulvérulentes, la langue sèche; une légère diarrhée se déclare. Par moment, les symptômes semblent s'amender, mais ne tardent pas à reprendre toute leur intensité.

Dès le 4 Octobre, à l'ataxie succède l'adynamie; cependant la somnolence, l'assoupissement, ne sont pas continus; il y a des moments de rémission pendant lesquels le malade se plaint de faiblesse générale, de mal de tête. La chaleur de la peau est tombée; le pouls est petit, faible; la langue sèche, les gencives fuligineuses, les narines pulvérulentes.

Les jours suivants se passent dans des alternatives de diminution et d'exacerbation de la maladie. Tantôt le malade est plongé dans le coma, tantôt il est assez éveillé, et peut répondre aux questions qui lui sont adressées. L'auscultation fait percevoir du râle sonore et sibilant dans différents points de la poitrine; la pression de la face iliaque droite devient douloureuse et détermine du gargouillement; trois, quatre selles dans les vingt-quatre heures.

Les exacerbations paraissent se régulariser le 19 Octobre, et se reproduisent plusieurs jours de suite, à 3 heures du soir, pour persister une grande partie de la nuit; il y a

alors *subdelirium* : du reste, l'affaiblissement et la migraine sont extrêmes ; une petite escarre se forme au sacrum ; les vésicatoires prennent un mauvais aspect.

Tel est l'état de Braise jusqu'au 24 : ee jour-là, à 10 heures du matin, il éprouve des lipothymies avee envies de vomir, et tombe après dans un délire furieux qui nécessite la eamisole ; jusqu'à son dernier moment, il reste dans une agitation eontinuelle.

Les méninges ne sont pas injeetées, mais il existe une infiltration de sérosité sanguinolente sous l'araehnoïde ; celle-ei est épaissie, présente même des traees d'adhérenees ; la substanee eérébrale est eonsistante,. sans pointillé ; les ventrieules eontiennent à peu près un verre de sérosité limpide. Les viseères contenus dans la poitrine sont à l'état normal. Dans l'intestin grêle existent des plaques typhoïdes assez nombreuses, les unes à l'état d'ulcération, les autres en voie de eicatrisation, quelques-unes eieatrisées. Nous avons noté une uleération réeente développée au milieu d'une plaque qui avait été déjà altérée, et qui s'était cieatrisée.

Les moyens les plus rationnels ont échoué dans eette cireonstanee ; un instant même, les commémoratifs nous y autorisaient, nous avons eru à une eomplieation de fièvre rémittente, et nous avons eu reeours aux préparations de quinquina, qui sont restées sans effet. Les attractifs les plus énergiques et de diverse nature ont paru d'abord arrêter le travail morbide qui s'opérait vers les extrémités supérieures ; mais, dans les derniers jours, un nouveau mouvement fluxionnaire a fait eesser toutes nos espéranees.

Nous n'avons eu qu'une seule fois l'oecasion d'observer la forme franehement inflammatoire, ehez un jeune soldat du Génie, eouché au n° 9, salle St-Vincent : la stupeur

est très-prononcée, avec vertiges, titubations et douleur à la fosse iliaque droite; la chaleur générale est très-vive; le pouls reste plein, dur, tendu, avec un peu de fréquence; l'ouverture de la veine est jugée indispensable à trois reprises différentes, afin de modérer cette surexcitation générale.

La forme adynamique, au contraire, a été assez commune. Ce qu'il y a de remarquable en ceci, c'est que les malades meurent alors insensiblement; peu à peu ils s'éteignent sans présenter aucun symptôme grave, mais avec une résolution complète des forces radicales. On ne peut, dans ces cas, accuser aucun organe noble d'être profondément altéré; car, à part une légère somnolence dépendante de l'affaissement général, les malades conservent jusqu'à la fin l'exercice entier de leurs facultés intellectuelles; la respiration reste libre, et la diarrhée est trop modérée pour être cause de cette faiblesse si grande. Du reste, l'autopsie démontre le peu de rapport des lésions anatomiques avec la gravité de la maladie; les plaques typhoïdes surtout sont peu nombreuses, comme le démontre l'examen nécroscopique des n°s 19, salle Notre-Dame, et 24, salle St-Charles.

6° Le plus souvent la durée de la maladie a dépassé trois septénaires. Cependant il n'en a pas été toujours ainsi : le n° 27, salle St-Vincent, a succombé au 10me jour de sa maladie. Gerberon est entré en pleine convalescence le 9me jour.

Rarement s'est opéré un véritable mouvement critique, et la terminaison heureuse s'est faite d'une manière lente; la stupeur, la diarrhée, la sécheresse de la langue, diminuaient peu à peu. Chez deux malades seulement, des sueurs générales abondantes ont paru emporter le mal. La

fin de la maladie a fréquemment coïncidé avec des abcès, des écoulements purulents des oreilles; plusieurs fois alors les points où siégeaient les cicatrices des piqûres de sangsues sont devenus le siége de petites collections de pus.

Nous avons déjà noté comment bon nombre de sujets se sont éteints par suite d'un affaiblissement progressif, d'un épuisement complet des forces radicales; trop souvent encore la mort a été subordonnée à la lésion profonde d'un des viscères principaux. Si, dans quelques cas, il s'est agi d'une méningite ou d'une pneumonie mortelle, plus fréquemment nous nous sommes trouvé en présence d'une altération abdominale grave. Les n°s 9, 25, 27, salle St-Lazare, ont été victimes d'une péritonite sub-aiguë. Remarquons que cette inflammation s'était propagée, par voie de contiguité, à la séreuse du bas-ventre, et qu'il n'y avait pas la moindre trace de perforation. Enfin, quelques sujets ont été emportés par la diarrhée qui s'est reproduite, soit spontanément, soit sous l'influence d'un écart de régime, ce qui est commun dans nos hôpitaux. Le n° 7, salle St-Jean, est en convalescence d'une fièvre typhoïde des plus graves : poussé par un désir impérieux de manger, il se procure des aliments qui provoquent une indigestion ; une forte diarrhée se déclare, et l'emporte dans moins de quelques jours. Une seule fois nous avons noté un flux sanguin par la muqueuse intestinale : c'est un des accidents les plus graves, puisque le malade, qui paraissait dans les meilleures conditions, est emporté dans moins de quelques heures ou de quelques jours. L'écoulement du sang n'est pas dû à une simple exsudation, dans ces cas, mais à l'ulcération des petits vaisseaux qui rampent dans l'épaisseur de l'anse intestinale altérée.

7° La convalescence a été toujours longue, souvent même

pénible ; inutile d'observer que tous les militaires qui se rétablissent présentent un état de maigreur et de faiblesse extrêmes. Est-il étonnant qu'il faille aux forces de l'économie un temps fort long pour relever cette machine complètement délabrée.

C'est durant cet état particulier du système vivant que du délire s'est déclaré chez plusieurs malades ; toutes les autres fonctions commencent à s'exécuter normalement ; celles de l'encéphale seules sont altérées ; il n'existe pas d'ailleurs le plus léger mouvement fébrile. Le délire du nommé Mourgues ne porte que sur un seul objet ; il prétend avoir déposé, dans le cabinet de la sœur , une grande quantité de peaux de fouine provenant de sa chasse, et qu'il veut nous vendre. Plus tard, il s'aperçoit de son erreur , et nous en prévient. Le nº 25 , salle St-Charles , nous demande tous les jours l'autorisation d'aller promener ; sa voiture, dit-il , l'attendant à la porte de l'hôpital. D'autres se disent réformés ou envoyés chez eux en congé temporaire, et font leur paquet pour sortir. Un pareil désordre intellectuel n'est-il pas subordonné à la faiblesse? Ce qui le fait supposer, c'est qu'il disparaît avec le retour des forces et de la santé.

8º Il est certaines particularités dignes d'intérêt, qui trouvent ici naturellement leur place. Quelques sujets, convalescents de dysenterie ou en traitement pour toute autre maladie, contractent brusquement la fièvre typhoïde. Les lits voisins sont occupés par des militaires en proie à cette affection grave. C'est ce qui arrive à Denizot, couché au nº 6 *bis* , salle St-Charles ; il est frappé au moment où son camarade Parisot présente tous les caractères de la seconde période de la maladie. Il en est de même pour le nº 9, salle St-Lazare : celui-ci est arrivé à la seconde pé-

riode de la phthisie; la tuberculisation pulmonaire a ralenti sa marche durant le cours de la fièvre typhoïde, et n'a pas grandi avec plus de vitesse après sa disparition.

D'un autre côté, plusieurs militaires, convalescents de cette fièvre, sont surpris par la variole, qui nous donne d'autant plus d'inquiétude que les sujets présentent moins de résistance vitale. Le nº 7, salle St-Lazare, offre des traces d'une affection scrophuleuse ancienne; celle-ci se réveille avec énergie, et porte son action sur les glandes du cou qui s'engorgent et suppurent.

9º La fièvre typhoïde ne se présente pas toujours avec cet ensemble de phénomènes; elle est loin de nous offrir, chez tous les sujets, la même régularité dans la succession, la liaison des scènes morbides; trop souvent des complications graves viennent jeter de l'obscurité sur le diagnostic, et rendre le traitement plus difficile.

L'état gastrique bilieux constitue une des complications les plus communes pendant le mois d'Août: c'est la fièvre rémittente qui s'associe à l'affection typhoïde chez les hommes du Génie; l'état rémittent est même parfois assez intense pour dominer la scène morbide et occasionner une catastrophe. Le nº 5, salle St-Charles, succombe à un accès pernicieux qui éclate brusquement au début de la fièvre typhoïde; l'altération des plaques de Peyer n'est encore qu'au premier degré.

4e *Observation.* — Quai, âgé de 21 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une bonne constitution, sapeur au 2e Génie, entre le 26 Août; il est couché au nº 3, salle St-Jean : c'est pour la première fois qu'il est malade.

Au moment de son entrée, il se plaint de lassitudes générales, de céphalalgie, avec vertiges; il présente de l'hésitation dans la marche, a le pouls fréquent, la peau

chaude, la langue un peu rouge sur le milieu; la pression détermine du gargouillement dans la fosse iliaque droite; il y a plusieurs selles diarrhéiques dans les 24 heures.

Le 28, à six heures du soir, le malade est agité, inquiet; ses yeux son injectés, un peu hagards; son pouls a augmenté de fréquence; la température de la peau est plus élevée;.enfin, le délire se déclare et persiste toute la nuit. Sur le matin, le calme renaît, la peau devient moite, le pouls mou. Quai se plaint de pesanteur de tête, d'affaissement; son regard est hébété, l'abdomen météorisé.

Ces phénomènes morbides se reproduisent les deux jours suivants de la même manière et à la même heure; dans l'intervalle, épistaxis très-abondante, sans soulagement : du reste, il y a toujours pesanteur de la tête, stupeur, et, dès le 30, apparition de taches rosées sur le thorax et l'épigastre.

Le 2 Septembre, les nuits sont calmes, le sommeil tranquille; la stupeur tend à se dissiper; les taches rosées pâlissent, et la diarrhée a presque disparu. Le 6, l'état général est tout-à-fait satisfaisant, et une forte otorrhée se déclare en même temps qu'une convalescence franche.

Dans ce cas, nous avions à craindre que les accès pernicieux ne se répétant, ne tuent le malade, ou n'aggravent du moins l'affection typhoïde; aussi, avons-nous eu hâte de nous en débarrasser, afin de simplifier cette dernière maladie qui, dès ce moment, a marché rapidement vers la guérison.

Chez quelques militaires, l'état effluvien ne se développe que vers la fin de la fièvre typhoïde dont la marche n'est d'abord nullement entravée, et cède facilement à l'anti-

périodique. C'est ainsi que se passent les choses chez le nommé Favre, couché au n° 16, salle Notre-Dame; au moment d'entrer en convalescence, se déclare chaque nuit un accès pernicieux que détruit fort heureusement l'écorce du Pérou.

Ce qui rend la fièvre typhoïde plus grave et plus meurtrière chez les chasseurs à pied, c'est l'état adynamique : celui-ci constitue même, dès le début, l'élément morbide dominant.

Enfin, l'état ataxique éclate surtout dans les premiers jours de Septembre, et paraît coïncider avec l'apparition brusque et assez prolongée de l'intempérie atmosphérique.

10° De ce qui précède, il est facile de déduire les conséquences thérapeutiques. On peut prévoir, d'hors et déjà, que le traitement de la fièvre typhoïde est loin d'être facile et uniforme, qu'il a dû varier avec la forme, les périodes, les complications de la maladie, tout en tenant compte, en outre, des conditions propres à chaque malade.

Jusqu'à présent, nous n'avons aucun véritable spécifique contre cette affection grave ; aussi, dans les cas simples, notre rôle se bornait à surveiller et diriger la succession des manifestations morbides, à prévenir les dégradations organiques, et à favoriser ainsi les voies d'une solution heureuse. C'est dans ce but que nous employions successivement ou en même temps, suivant les circonstances, les émollients et les émissions sanguines locales, rarement générales, les attractifs doux aux extrémités; plus tard, le camphre associé au nitre, le musc, devenaient indispensables; dans la dernière période, le quinquina, le vin, servaient à maintenir, relever les forces.

Trop souvent les symptômes constitutifs ont pris une telle intensité, qu'il est devenu urgent de les combattre.

C'est ainsi que le spasme violent du cerveau a cessé sous l'influence des topiques émollients promenés sur les extrémités inférieures, et des antispasmodiques donnés à l'intérieur. Les congestions cérébrales qui menaçaient parfois la vie des sujets, ont cédé à l'application répétée de sangsues derrière les oreilles, ou aux vésicatoires placés aux extrémités ; ceux-ci n'étaient prescrits qu'après que l'irritation était tombée, et favorisaient alors le dégorgement de la poitrine, de la tête. Le flux diarrhéique trop abondant se modérait par l'action de demi-lavements amylacés, de substances légèrement astringentes.

Les complications ont appelé aussi notre attention et fait varier notre thérapeutique. Durant le mois d'Août, l'ipécacuanha, à dose vomitive, était indiqué par l'existence formelle d'un état gastrique bilieux : précédé d'une petite saignée chez quelques militaires forts et vigoureux, il a pu susciter un mouvement de détente favorable; deux ou trois fois seulement nous avons eu l'occasion d'insister sur les émissions sanguines générales, à cause de la prédominance du génie inflammatoire.

Trop souvent, chez les chasseurs à pied, par exemple, nous étions dans la nécessité de combiner, dès le début, l'usage des émollients et des antifluxionnaires avec celui des toniques; l'état morbide complexe que nous offraient assez fréquemment les hommes du Génie, indiquait l'emploi de l'antipériodique qui, en détruisant la fièvre pernicieuse, rendait la maladie plus simple, et permettait ainsi à la nature de travailler à une solution heureuse. Dans les premiers jours de Septembre, nous nous adressions tout d'abord aux antispasmodiques qui seuls pouvaient combattre avantageusement l'état ataxique dominant, et régulariser la marche de la maladie.

périodique. C'est ainsi que se passent les choses chez le nommé Favre, couché au nº 16, salle Notre-Dame ; au moment d'entrer en convalescence, se déclare chaque nuit un accès pernicieux que détruit fort heureusement l'écorce du Pérou.

Ce qui rend la fièvre typhoïde plus grave et plus meurtrière chez les chasseurs à pied, c'est l'état adynamique : celui-ci constitue même, dès le début, l'élément morbide dominant.

Enfin, l'état ataxique éclate surtout dans les premiers jours de Septembre, et paraît coïncider avec l'apparition brusque et assez prolongée de l'intempérie atmosphérique.

10º De ce qui précède, il est facile de déduire les conséquences thérapeutiques. On peut prévoir, d'hors et déjà, que le traitement de la fièvre typhoïde est loin d'être facile et uniforme, qu'il a dû varier avec la forme, les périodes, les complications de la maladie, tout en tenant compte, en outre, des conditions propres à chaque malade.

Jusqu'à présent, nous n'avons aucun véritable spécifique contre cette affection grave ; aussi, dans les cas simples, notre rôle se bornait à surveiller et diriger la succession des manifestations morbides, à prévenir les dégradations organiques, et à favoriser ainsi les voies d'une solution heureuse. C'est dans ce but que nous employions successivement ou en même temps, suivant les circonstances, les émollients et les émissions sanguines locales, rarement générales, les attractifs doux aux extrémités ; plus tard, le camphre associé au nitre, le musc, devenaient indispensables ; dans la dernière période, le quinquina, le vin, servaient à maintenir, relever les forces.

Trop souvent les symptômes constitutifs ont pris une telle intensité, qu'il est devenu urgent de les combattre.

C'est ainsi que le spasme violent du cerveau a cessé sous l'influence des topiques émollients promenés sur les extrémités inférieures, et des antispasmodiques donnés à l'intérieur. Les congestions cérébrales qui menaçaient parfois la vie des sujets, ont cédé à l'application répétée de sangsues derrière les oreilles, ou aux vésicatoires placés aux extrémités ; ceux-ci n'étaient prescrits qu'après que l'irritation était tombée, et favorisaient alors le dégorgement de la poitrine, de la tête. Le flux diarrhéique trop abondant se modérait par l'action de demi-lavements amylacés, de substances légèrement astringentes.

Les complications ont appelé aussi notre attention et fait varier notre thérapeutique. Durant le mois d'Août, l'ipécacuanha, à dose vomitive, était indiqué par l'existence formelle d'un état gastrique bilieux : précédé d'une petite saignée chez quelques militaires forts et vigoureux, il a pu susciter un mouvement de détente favorable; deux ou trois fois seulement nous avons eu l'occasion d'insister sur les émissions sanguines générales, à cause de la prédominance du génie inflammatoire.

Trop souvent, chez les chasseurs à pied, par exemple, nous étions dans la nécessité de combiner, dès le début, l'usage des émollients et des antifluxionnaires avec celui des toniques; l'état morbide complexe que nous offraient assez fréquemment les hommes du Génie, indiquait l'emploi de l'antipériodique qui, en détruisant la fièvre pernicieuse, rendait la maladie plus simple, et permettait ainsi à la nature de travailler à une solution heureuse. Dans les premiers jours de Septembre, nous nous adressions tout d'abord aux antispasmodiques qui seuls pouvaient combattre avantageusement l'état ataxique dominant, et régulariser la marche de la maladie.

tutions fortes et les constitutions faibles ; nous verrons pourtant que ces conditions individuelles ont dû modifier l'affection morbide régnante.

Nos malades, disons-nous, étaient de jeunes recrues qui se trouvaient transportés dans un nouveau milieu : pour eux, tout était nouveau, circonstances météorologiques, alimentation, impressions éprouvées ; de cette nouvelle manière de vivre, rapprochons le chagrin d'avoir quitté leurs habitudes, leur famille, leurs amis, le hameau, les travaux auxquels ils sont condamnés pour apprendre le métier des armes ; enfin, les excès de tout genre auxquels s'adonnent beaucoup d'entre eux.

Toutes ces circonstances étaient capables de jeter une grave perturbation dans l'économie, et de solliciter, par suite, l'explosion d'une affection morbide meurtrière. Il est une dernière question que quelques faits rares ne nous ont pas permis de résoudre, bien qu'ils aient éveillé dans notre esprit de graves soupçons : dans l'hôpital même, durant la convalescence d'autres maladies, plusieurs militaires ont contracté la fièvre typhoïde à laquelle étaient en proie leurs voisins de lit. Faut-il croire, dans ces cas, à une propagation du mal par voie d'infection ou de contagion ? Des observations recueillies par des hommes en qui nous devons avoir une foi entière, mettent hors de doute la faculté contagieuse que peut posséder, dans des cas exceptionnels pourtant, l'affection typhoïde. Mais nous n'oserions pas affirmer que, chez nos jeunes malades, cette voie de transmission eût joué le moindre rôle. Nous croyons être plus près de la vérité en accusant l'encombrement inévitable pour le moment, et, par suite, la propagation de la maladie par le mode infectieux.

2° Si, de ces conditions spéciales qui favorisent le déve-

loppement de la fièvre typhoïde, nous rapprochons ses modes de manifestation, l'altération anatomique qui lui est propre, nous parviendrons, j'espère, à donner une idée exacte et complète de ce fait morbide.

Le tableau de la maladie que nous avons déjà tracé, les observations que nous avons apportées à l'appui, nous ont offert un ensemble de traits caractéristiques, mais avec des modifications variables dépendant de l'action météorologique, des conditions individuelles, de tempérament, de constitution. En effet, au milieu de cette diversité de formes, nous avons toujours retrouvé, dans la première période, une lassitude générale, la marche chancelante, vertige, hébétude dans le *facies*, endolorissement et gargouillement dans la région iliaque droite, diarrhée, râle sibilant; dans la seconde période, trouble plus ou moins prononcé dans les fonctions des centres nerveux, éruption papuleuse limitée le plus souvent à l'abdomen et à la poitrine, s'étendant parfois à tout le corps, râles typhoïdes plus marqués, météorisme abdominal, etc.

Ces caractères étaient plus ou moins dessinés, mais se retrouvaient chez la plupart des sujets. Certains manquaient chez quelques malades, ou étaient si faibles, qu'ils passaient presque inaperçus, tandis qu'ils se développaient avec la plus grande intensité chez d'autres. Cependant, la lassitude universelle, le vertige typhoïde, la stupeur, n'ont à peu près fait défaut dans aucun cas. Parfois même la fièvre typhoïde était masquée par des complications graves, telles que fièvres pernicieuses : celles-ci détruites, l'affection première se dévoilait tout-à-fait, et suivait sa marche habituelle.

Du reste, l'absence de quelques phénomènes morbides particuliers, l'apparition de symptômes nouveaux, ne suf-

fisent pas toujours pour faire supposer la disparition d'une affection qui serait remplacée par une nouvelle. Nous savons, en effet, que les symptômes d'une maladie peuvent varier d'un sujet à un autre, son expression pathétique rester incomplète, bien que sa nature ne change pas ; en d'autres termes, avec un fond identique, la forme peut être très-variable. Or, la fièvre typhoïde ne fait pas exception à la règle : c'est même ce qui rend assez souvent son diagnostic difficile, incertain, surtout lorsque la prédominance excessive de quelque élément de complication en altère profondément les caractères constitutifs. Nous avons vu, dans le mois d'Août, l'état gastrique bilieux dominer souvent l'affection principale qui ne faisait son évolution qu'après que nous avions enlevé la complication.

L'étude des circonstances qui préparent, sollicitent le développement de la fièvre typhoïde, nous a montré combien devait être profonde la modification imprimée à toute l'économie : la connaissance raisonnée des caractères pathologiques principaux nous indique une lésion dynamique primitive des plus graves, et qui porte spécialement son action sur les centres nerveux. Bientôt les principaux appareils organiques seront intéressés, et surtout le tube digestif.

Ainsi donc, il existe, dès le principe du mal, une atteinte profonde portée aux forces de la vie, et les lésions organiques ne sont que secondaires : par conséquent, le sentiment de faiblesse, le vertige et autres caractères, sont sous la dépendance de la lésion dynamique, et nullement le résultat des altérations intestinales ou d'autres organes. Cependant, nous devons reconnaître que souvent le désordre anatomique se traduit par un trouble fonctionnel plus

ou moins grand : c'est là un point important de la question que nous allons aborder.

3° L'affection typhoïde se reconnaît encore à une altération qui a un siége, des caractères distincts : cette altération porte sur les follicules agminées de Peyer, les follicules isolées de Brunner, et sur les ganglions mésentériques. Ainsi, vers l'extrémité inférieure de l'intestin grêle, en se rapprochant du cœcum, nous avons trouvé les plaques dites gaufrées ou réticulées, elliptiques, plus ou moins volumineuses et saillantes; la muqueuse qui les recouvrait était rouge et ramollie. Ces plaques nous ont offert le plus souvent des ulcérations arrondies, produites comme par un emporte-pièce, laissant à nu tantôt le tissu cellulaire sous-muqueux transformé en une matière jaune, friable, tantôt la membrane musculeuse, et même la membrane péritonéale. Cette lésion ne dépassait pas la valvule iléo-cœcale : c'est dans l'intervalle laissé par ces plaques que se montraient les follicules de Brunner, enflammées et tuméfiées. Cette éruption furonculeuse existait aussi, dans quelques cas, sur la muqueuse du gros intestin, mais beaucoup plus rare.

Toutes les fois que les follicules étaient altérées, les ganglions mésentériques correspondants étaient malades : leur lésion se traduisait par l'engorgement, le ramollissement, une couleur rouge plus ou moins foncée, et parfois la suppuration. Une seule fois nous avons noté une ulcération récente développée au milieu d'une plaque typhoïde encore saillante, qui avait été altérée, et s'était cicatrisée.

Ces lésions intestinales et mésentériques, rencontrées et étudiées par tous les hommes qui se sont occupés de l'affection typhoïde, en constituent un des phénomènes les plus

remarquables. Cependant elles font parfois défaut : c'est ce que nous avons observé dans le fait suivant.

5e *Observation.* — Dhelle (Alfred), âgé de 20 ans, d'un tempérament bilioso-nerveux, d'une bonne constitution, n'ayant jamais été malade, sapeur au 2e Génie, entre dans les salles le 8 Octobre. Il est couché au no 16 (St-Lazare).

La maladie remonte au 2 Octobre : ce jour-là, sans cause connue, il fut pris de lassitude, vertiges, bourdonnements d'oreilles ; puis il éprouva une forte chaleur, de la diarrhée. Cet état persista jusqu'au moment de son entrée.

A l'hôpital, ce jeune soldat se plaint de fatigue, de vertiges, a de la fréquence dans le pouls, la peau chaude ; la langue est humide ; le flux diarrhéique persiste ; endolorissement et gargouillement par la pression dans la fosse iliaque droite ; enfin, toux sèche et râles sibilants mêlés de râles sonores dans une grande partie du poumon gauche ; vers le sommet, la respiration est exagérée ; à droite, ces bruits anormaux sont moins prononcés.

Les jours suivants, il y a des alternatives de mieux et de mal ; l'affection est lente dans sa marche ; le malade, inquiet, se préoccupe de sa position. Dès le 12, les taches rosées, lenticulaires, apparaissent, bornées d'abord à l'abdomen, puis recouvrant la poitrine. Il est à remarquer que, toutes les nuits, il y a un peu d'agitation, du délire, et qu'alors la fièvre augmente. Dans le jour, Dhelle est plus calme, répond bien aux questions qu'on lui adresse.

Dès le 24 Octobre, il y a une amélioration notable ; plus de douleurs, plus de toux ; il ne reste plus qu'une grande faiblesse : notons pourtant que le malade ne peut s'asseoir sur son lit, soulever sa tête, sans que tous les objets paraissent tourner autour de lui.

Enfin, la convalescence paraît complète ; des aliments sont

pris avec plaisir. Dhelle se lève, et promène un peu dans la salle : malheureusement un écart de régime provoque une forte diarrhée qui l'emporte dans quelques jours.

Les centres nerveux et leurs enveloppes sont à l'état normal; engouement assez étendu des deux poumons à leur partie postérieure ; rougeur et ramollissement de la muqueuse qui tapisse les gros intestins; aucune trace de tuméfaction, de ramollissement, d'ulcération, de cicatrice même du côté des follicules agminées de Peyer; la muqueuse qui les recouvre est décolorée, mais de consistance normale; les ganglions mésentériques sont sains.

Ce malheureux a été victime de son imprudence, et les altérations du gros intestin étaient de fraîche date; mais ce qui frappe ici, c'est l'absence de toute lésion des follicules et des ganglions mésentériques, bien que nous ayons eu les traits les mieux dessinés de la fièvre typhoïde.

Ce fait nous en rappelle un autre tout différent sans doute, mais qui mérite de trouver place ici : un jeune garçon de 15 à 16 ans avait été admis dans les salles des blessés pour une carie du calcanéum ; il était très-gai, fort content, mangeait le quart, lorsque tout à coup il éprouve tous les symptômes d'une péritonite sur-aiguë qui l'enlève en vingt-quatre heures. A l'autopsie, nous trouvons une perforation vers l'extrémité inférieure de l'iléon, et au milieu d'une plaque typhoïde ulcérée ; plusieurs autres plaques moins altérées étaient disséminées tout autour (1).

C'est là, ce nous semble, un contraste frappant et digne

---

(1) Ce fait a été observé dans le service du professeur Lallemand, par mon ancien collègue et ami Patron, et par moi : il a été consigné dans la thèse du docteur Cañellas.

d'attirer toute notre attention. Il est donc certain que la fièvre typhoïde peut exister, présenter ses modes habituels de manifestation, sauf l'altération entéro-mésentérique qui, plus souvent, en forme un des caractères spéciaux ; d'un autre côté, le travail morbide organique pourrait se développer, grandir, occasionner la mort, sans susciter d'abord aucun symptôme, aucun trouble fonctionnel. De nouvelles observations sont sans doute nécessaires pour appuyer la nôtre ; mais, bien qu'isolée, nous avons cru qu'elle pouvait prendre rang dans les fastes de la science.

D'ailleurs, durant la convalescence, n'est-ce pas parfois un phénomène analogue, jusqu'à un certain point du moins, qui se passe sous nos yeux? Tous les symptômes constitutifs de la fièvre typhoïde se sont dissipés, les fonctions tendent à s'harmoniser, lorsque tout à coup une péritonite mortelle emporte le convalescent : l'inspection cadavérique vient alors nous apprendre que l'altération anatomique avait persisté, grandi en silence, enfin déterminé une perforation intestinale. Cet accident n'est pas excessivement rare, et l'expérience de tous les jours vient nous démontrer combien il faut se tenir sur ses réserves, même quand la convalescence s'est établie, surtout s'il persiste encore un peu de diarrhée.

De ce qui précède, il résulte qu'il est impossible d'admettre un rapport constant, précis, entre la lésion intestinale et l'état général : cette dernière assertion tombe surtout en présence des faits dans lesquels, avec les symptômes les plus graves, il n'y a qu'un léger gonflement des plaques, dans lesquels on rencontre des altérations à tous les degrés, chez des individus morts à la troisième période, ou bien encore une nouvelle ulcération au milieu

d'une plaque déjà cicatrisée, comme nous l'avons noté ci-dessus.

Mais, tout en rejetant cette supposition que les faits d'ailleurs se sont chargés de détruire, il faut avouer qu'il n'est pas rare de constater un rapport réel entre la manifestation morbide locale et l'altération anatomique correspondante : c'est ainsi que, dans le mois d'Août, les symptômes abdominaux étaient le plus dessinés, et les lésions entéro-mésentériques très-graves ; tandis que, durant le mois de Septembre, aux symptômes pneumoniques qui prédominaient, correspondaient des altérations étendues du parenchyme pulmonaire, altérations appartenant à de véritables pneumonies, et se distinguant facilement de celles qu'on a désignées sous le nom de typhoïdes, et qui occupent les parties déclives, c'est-à-dire la base et les parties postérieures. C'est même la prédominance des mouvements fluxionnaires dans la tête, la poitrine, l'abdomen, et du désordre fonctionnel des viscères contenus dans ces grandes cavités, qui a fait admettre des formes locales, céphaliques, pectorales, abdominales.

4° Aujourd'hui la fièvre typhoïde a pris rang dans le cadre nosologique, et il ne s'agit plus que de se tenir en garde contre l'exagération de quelques médecins qui veulent la découvrir partout. Il est donc très-important de la distinguer de toute autre affection morbide, afin de lui accorder la place qui lui est due dans une classification de maladies.

C'est dans ce but qu'il convient de s'élever à une connaissance exacte des conditions de développement déjà mentionnées, à une juste appréciation des symptômes constitutifs, du traitement lui-même, etc. ; l'anatomie pa-

thologique pourra plus tard venir confirmer ou détruire l'exactitude de notre diagnostic local.

Nous pensons que les symptômes qui, entre autres, peuvent s'élever au rang de signes diagnostiques les plus précieux, sont les phénomènes nerveux, la fièvre, les troubles du tube intestinal, cette tendance à un mouvement fluxionnaire vers les principaux organes. Le début de la maladie est d'une grande importance dans la question qui nous occupe; la lassitude universelle, l'hébétude des sens, le vertige, la lenteur de l'intelligence, annoncent une fièvre typhoïde commençante qui est tout-à-fait confirmée, lorsque éclatent les désordres qui indiquent l'atteinte profonde du système nerveux, qu'apparaît l'éruption papuleuse, etc.

Ce n'est donc pas à un symptôme pris isolément, ni même à aucun groupe de symptômes particuliers, que nous donnons de l'importance; mais nous en attachons beaucoup au caractère commun de plusieurs d'entre eux, et à la combinaison de plusieurs de ces caractères généraux. Or, la notion de ces caractères symptomatiques, rapprochée de celle des causes de la maladie, est bien susceptible de nous la faire reconnaître.

En effet, un symptôme, un groupe de symptômes même, pris isolément, seront toujours, non-seulement insuffisants pour le diagnostic, mais encore trompeurs; il faut en étudier la valeur, savoir les rapprocher entre eux, ainsi que des autres éléments constitutifs de la maladie, pour arriver à un résultat satisfaisant; en un mot, le fait morbide, pour être bien connu, exactement classé, doit être analysé d'une manière complète sous ses diverses faces.

C'est ainsi que le génie épidémique peut modifier les maladies intercurrentes au point d'en masquer la nature, si

l'on s'arrête à un examen superficiel ; plusieurs fois il nous est arrivé de supposer l'existence d'une fièvre typhoïde, lorsque le type rémittent parfaitement dessiné, et la guérison rapide à l'aide du quinquina, venaient faire cesser nos doutes. Les prodromes de plusieurs varioles ont été ceux d'une affection typhoïde; l'éruption a bien vite dissipé nos craintes.

L'influence typhoïde a même persisté après la cessation de l'épidémie elle-même. C'est au point que les fièvres catarrhales du mois d'Octobre simulaient d'abord une fièvre typhoïde; mais leur marche ultérieure, leur terminaison rapide par les sueurs, ne tardaient pas à en démontrer la nature. Nous aurons à revenir sur chacune de ces questions, en nous occupant de ces divers états morbides.

Il est bon pourtant de rappeler toute la différence qui existe entre l'affection typhoïde et l'état typhoïde : celui-ci est susceptible de se joindre à toute espèce de maladie; il se caractérise par la stupeur, les vertiges, l'abattement, les fuliginosités des gencives, de la langue, le météorisme du ventre, etc., etc. Nous le retrouvons dans les fièvres graves essentielles, comme dans les maladies d'organes, à la dernière période d'une phlébite, d'une encéphalite, ou d'une fièvre gastrique bilieuse, catarrhale : c'est peut-être là ce qui a donné lieu à l'opinion exagérée de quelques auteurs, qui n'ont voulu voir que des fièvres typhoïdes dans les descriptions des maladies graves laissées par les anciens. Aussi, n'ont-ils pas craint d'effacer du cadre nosologique les fièvres essentielles que nous sommes appelés tous les jours à traiter, pour les remplacer par une seule entité morbide : erreur grave, exagération fâcheuse, puisqu'elle peut entraîner des déterminations thérapeutiques erronées.

En effet, l'existence de quelques symptômes typhoïdes a suffi, trop souvent, pour engager certains praticiens à rechercher, essayer de prétendus remèdes spécifiques que la science ne possède pas encore : ils ont voulu s'en tenir à une seule méthode curative, tandis que le traitement varie nécessairement d'un sujet à un autre; voilà pourquoi nous avons dû recourir aux méthodes naturelles et analytiques, soit pour modérer l'intensité des symptômes constitutifs, soit pour combattre les complications; dans les deux cas, enfin, pour favoriser la solution heureuse de la maladie.

FIÈVRES RÉMITTENTES.

Les faits morbides qui se rattachent à l'affection paludéenne ne font jamais défaut dans nos salles de clinique interne. Ils se sont offerts fréquemment à notre étude durant ce quadrimestre : ainsi, en Août, Septembre et Octobre même, nous avons eu des fièvres rémittentes pernicieuses; avec ce dernier mois ont commencé à se manifester les fièvres intermittentes à type quarte, qui ont régné exclusivement en Novembre. A quoi attribuer la différence de type, de gravité de ces modes pathologiques? Plusieurs causes peuvent être invoquées.

Une remarque du plus haut intérêt, c'est que les intempéries atmosphériques n'engendrent pas sans doute ces maladies, mais ont une grande influence sur leur développement, leur type, leur complication, leur degré de gravité et de curabilité. Les chaleurs de Juillet et Août, par exemple, en desséchant les eaux stagnantes des marais, donnent au principe morbifique toute son activité ; aussi les fièvres pernicieuses sont-elles alors à redouter ;

cependant la qualité, la quantité de la matière effluvienne seraient, dans beaucoup de cas, insuffisantes pour l'apparition de l'état pernicieux, sans l'intervention des chaleurs brûlantes de l'été, et en même temps de l'aptitude individuelle. En effet, c'est surtout à cette époque de l'année, alors que sévissent les fièvres bilieuses de mauvais caractère, les fièvres typhoïdes, que se manifestent les fièvres rémittentes pernicieuses. N'est-il pas donc certain que la perniciosité est sous la dépendance, en partie du moins, de la constitution médicale régnante?

D'un autre côté, les conditions individuelles peuvent faire varier les effets d'une même cause. Voilà comment de trois individus qui ont vécu le même temps dans un milieu marécageux, l'un n'aura qu'une fièvre intermittente simple, l'autre sera frappé d'une pyrexie rémittente pernicieuse, le troisième n'éprouvera aucun accident : c'est que la faculté absorbante est inégale, c'est qu'aussi la force de réaction vitale diffère d'un sujet à un autre.

On ne peut pas invoquer la quantité ni la qualité des émanations effluviennes, lorsqu'un sujet guéri, depuis un temps plus ou moins long, d'une fièvre intermittente, et placé dans un milieu nouveau, est pris tout à coup d'un accès pernicieux.

Liadoux (Jean), âgé de 21 ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, d'une assez bonne constitution, soldat au 2e génie, entre à l'hôpital le 23 Juillet; il est couché au n° 29, salle Notre-Dame. Dans sa jeunesse, il a eu une pleurésie du côté gauche de la poitrine, et, plus tard, une fièvre intermittente qui a disparu il y a quelques mois; il vient réclamer les soins du médecin de service, pour une dysenterie.

Le 31 Août, ce militaire est sur le point de quitter les

salles de la clinique, lorsqu'il est pris, à 5 heures du soir, sans cause connue, d'un froid assez intense qui dure plus d'une heure, et est remplacé ensuite par une chaleur excessive, avec céphalalgie violente, vertiges, bourdonnements dans les oreilles, et surtout une douleur très-vive au côté gauche de la poitrine : la respiration est difficile, pénible, l'anxiété extrême; cet état dure une partie de la nuit ; sur les 3 heures du matin, la détente s'annonce par une sueur générale et abondante, la cessation de la plupart des phénomènes morbides mentionnés, et une grande diminution dans la douleur de côté, qu'il ne ressent plus que dans les fortes inspirations. Du reste, l'auscultation n'annonce aucun trouble dans l'appareil respiratoire. Dans la journée du 1er Septembre, il n'y a qu'un peu de fièvre. Nous prescrivons aussitôt une potion avec 1 gramme 50 centigrammes de sulfate de quinine, et en même temps l'application de 20 sangsues *loco dolenti.*

La nuit suivante, un peu d'agitation, de chaleur, d'insomnie ; sur le matin, sueurs moins abondantes. Nous répétons la potion avec la quinine : dès ce moment, le mal tend à s'effacer, et la convalescence devient franche et complète.

Nous devons placer ici une seconde remarque : on a dit, depuis fort long-temps, que c'est principalement des marais dans lesquels se fait le mélange des eaux douces et salées que s'exhalent les effluves les plus délétères. Sans nous élever contre cette opinion, nous ferons observer que les fièvres les plus intenses, les plus opiniâtres, se sont présentées chez des ouvriers qui avaient été employés aux rizières du Château d'Avignon. Plusieurs de ces malheureux ont été victimes d'une fièvre pernicieuse ; un plus grand nombre n'a pu être complètement débarrassé de

fièvres intermittentes à type quarte et avec empâtement des viscères abdominaux. Sans doute l'action des effluves était favorisée chez eux par la mauvaise alimentation, les travaux excessifs, parfois même au-dessus de leurs forces, auxquels ils étaient assujettis ; mais ces mêmes conditions se retrouvaient aussi chez les autres malades qui nous viennent des localités voisines, et pourtant l'affection périodique de ces derniers n'était ni aussi intense, ni aussi opiniâtre. Nous sommes donc obligé d'admettre une action spéciale qu'il nous a été impossible d'apprécier.

Durant les mois d'Août et Septembre, les fièvres rémittentes pernicieuses ont attaqué exclusivement les soldats du régiment du génie ; ceux de la ligne en ont été exempts : cette préférence s'explique en ce que la citadelle est très-rapprochée du Lez, dont les eaux sont stagnantes à cette époque, et en même temps du Verdanson ; ajoutons, en outre, que les vents de mer peuvent apporter, dans la partie basse de la ville, les émanations des marais voisins.

Elles ont sévi en même temps que la fièvre typhoïde, avec laquelle elles ont parfois coexisté au point de l'influencer ou d'en être influencées. Leur diagnostic était difficile et important à la fois, puisqu'une erreur pouvait entraîner les conséquences thérapeutiques les plus désastreuses. Aussi étions-nous sur nos gardes toutes les fois qu'un homme du génie éprouvait, durant le cours de sa maladie, des exacerbations prononcées et assez prolongées.

Nous ferons observer que le paroxysme a été rarement annoncé par un frisson, soit léger, soit intense ; qu'il n'a pas toujours été caractérisé seulement par une simple exaspération du mouvement fébrile et des autres phénomènes morbides concomitants, mais par l'apparition de

nouveaux symptômes et la modification de ceux qui existaient déjà.

Ainsi, durant l'accès, la langue devenait ordinairement sèche et racornie ; le pouls plus fréquent, avec agitation, délire, ou stupeur et coma vigil. Parfois se manifestaient alors les symptômes principaux de l'état typhoïde. Or, l'apparition brusque de ces symptômes insolites, comme leur cessation momentanée, nous faisaient prévoir la nature du fait morbide.

Du reste, la connaissance du milieu habité par le malade, rapprochée de la marche insidieuse de la maladie, du mode de développement, d'évolution des actes morbides, suffisait pour faire cesser toute espèce de doute dans les cas graves où les rémissions étaient de courte durée, et auraient pu passer inaperçues.

Le nommé Gillet, soldat au 2e génie, âgé de 21 ans, d'un tempérament lymphatique, d'une bonne constitution, ayant joui jusqu'à ce moment d'une excellente santé, est couché au nº 32, salle St-Charles.

A dater du 10 Août, il éprouve, tous les soirs, vers les 3 heures, un peu de fièvre, avec un sentiment de chaleur vive qui persiste plusieurs heures sans être précédée de froid ni suivie de sueurs : tel est son état lorsqu'il réclame nos soins. Deux jours après son entrée, le 20 Août, la fièvre tend à devenir continue, et Gillet se plaint de lassitude générale, de brisement dans les membres. Mais, vers le soir, de 3 à 4 heures, la chaleur de la peau augmente ; la langue devient sèche, racornie ; le *facies* présente un état d'hébétude ; les réponses sont lentes ; l'abdomen est un peu météorisé. Dans la matinée, ces symptômes s'amendent, pour reprendre leur première intensité dans l'après-midi.

La périodicité des exacerbations nous fait diagnostiquer une fièvre rémittente pernicieuse, et nous détermine à prescrire le quinquina. Dès ce moment, l'état de Gillet s'améliore, et, cinq jours après, il ne reste plus que de la faiblesse qui se dissipe sous l'influence d'une bonne alimentation.

Dans cette circonstance, la fièvre rémittente pernicieuse était simple, et le diagnostic, bien que difficile, était encore possible : malheureusement il présente encore de plus grandes difficultés, lorsque, pendant le paroxysme, se manifeste un ensemble de désordres fonctionnels simulant des maladies d'organes. Le praticien qui ne voit pas d'habitude de pareils états morbides, ou qui se trouve imbu d'idées systématiques, peut supposer l'existence d'une maladie d'un des viscères principaux, croire à une méningite, une encéphalite, ouvrir largement la veine afin de dégorger la partie supposée enflammée. Or, le doute, et surtout l'erreur, amènent les résultats les plus funestes, car la saignée n'est qu'alors d'un emploi secondaire, et le quinquina seul aurait pu sauver le malade. Nous devons même ajouter que les émissions sanguines, pratiquées durant ce paroxysme, ne conviennent que lorsqu'il y a un mouvement fluxionnaire sanguin réel. En effet, le trouble des centres nerveux est assez souvent alors lié à un état de spasme que l'issue du sang ne ferait qu'aggraver. Cet état de spasme a prédominé chez plusieurs de nos malades, et nous a mis dans la nécessité d'associer les préparations de quinquina et la teinture de musc. Le nº 2, salle St-Vincent, envoyé des blessés, était en proie, pendant le paroxysme, à un délire furieux, avec soubresauts des tendons, pouls petit, concentré, nerveux, contraction spasmodique des muscles de la mâchoire inférieure. C'est

un état comateux qui caractérise l'accès du n° 25, même salle : les yeux sont fixes, immobiles, la pupille dilatée, la rétine insensible, les paupières largement ouvertes; le malade est sans mouvement, tout-à-fait étranger aux impressions extérieures; sa sensibilité est presque éteinte; le pouls est petit, concentré; les deux mâchoires fortement rapprochées.

L'état du pouls, des muscles de la région temporo-maxillaire, de la face et de la conjonctive, qui ne présentent aucune injection, rapproché du tempérament nerveux des sujets, nous fait reconnaître un état spasmodique des centres nerveux que nous cherchons à modérer par les calmants et les attractifs émollients promenés sur les extrémités. L'élément périodique est ensuite détruit par le spécifique connu.

Le diagnostic devenait encore des plus épineux lorsque la fièvre rémittente et la fièvre typhoïde se trouvaient associés, ce qui rendait la maladie plus grave, et le péril imminent. Il était donc urgent de constater cette association, afin de combattre l'élément rémittent, et de permettre ainsi à la nature de se débarrasser de la fièvre typhoïde qui disparaissait assez promptement après la cessation de l'état rémittent.

Un de nos malades, couché au n° 35, salle St-Vincent, nous offre, avec les caractères d'une fièvre typhoïde, une forte irritation intestinale s'annonçant par la rougeur de la langue, la bouche sèche, une soif vive, des douleurs au pourtour de l'ombilic, augmentant par la pression, de la diarrhée. Les premiers jours, les applications de sangsues, les émollients, ne procurent aucune amélioration : le mal persiste et tend à s'aggraver.

Cet homme venant du Château d'Avignon, nous soup-

çonnons chez lui l'existence du principe effluvien. Une observation attentive et minutieuse nous apprend, en effet, que, tous les deux jours, survient une exacerbation commençant à 2 heures de l'après-midi, et ne cessant que le lendemain matin, vers les 5 heures. Pendant le paroxysme, la chaleur à la peau est plus vive, en même temps âcre et mordicante ; la fréquence du pouls augmente, la stupeur est plus prononcée, la langue sèche, racornie. Nous avons aussitôt recours à l'antipériodique : dès ce moment, ces exacerbations diminuent d'abord, et cessent bientôt après. En même temps, les symptômes de l'irritation intestinale et de la fièvre typhoïde s'amendent, et le malade ne tarde pas à entrer en pleine convalescence.

Le n° 17 (*bis*), salle St-Charles, nous a offert le même état morbide complexe, et a dû sa guérison au même mode de traitement.

Dans quelques cas, nous avons vu la fièvre rémittente, associée à des maladies d'organes, ne céder au quinquina qu'après qu'un traitement énergique avait avantageusement modifié ces dernières. C'est ce que nous avons observé chez le n° 29, salle St-Charles : l'antipériodique n'a été suivi d'un plein succès qu'après que des moyens énergiques ont arrêté le travail morbide qui se faisait du côté des poumons.

Nous n'avons pas été assez heureux pour sauver tous nos malades frappés de cet état rémittent : ceux qui ont succombé, ont été, pour ainsi dire, surpris par des accès pernicieux qui succédaient à une fièvre intermittente simple ; celle-ci était attaquée, dans le principe, par des doses assez faibles de sulfate de quinine, paraissait parfois céder au traitement, lorsque tout à coup elle était remplacée par la fièvre pernicieuse. Le n° 19, salle St-Vincent, est at-

teint d'une inflammation d'une partie du poumon droit, compliquée de fièvre intermittente tierce; son état paraît assez satisfaisant, lorsqu'un accès pernicieux vient détruire toutes nos espérances! L'examen minutieux du cadavre ne démontre d'autre lésion que l'engouement d'un quart à peu près du poumon qui était malade.

Du reste, les désordres anatomiques ont varié avec la forme qu'empruntait la fièvre pernicieuse. Le n° 2, salle St-Vincent, a travaillé à des rizières, du côté de Narbonne; il a eu, avant son entrée, une fièvre à type tierce, qui a pris ensuite le type continu-rémittent; le lendemain de son entrée, accès malin qui le tue, après 12 heures de délire furieux, avec injection de la face et des yeux. Nous trouvons, à l'autopsie, un épanchement séreux très-abondant sous l'arachnoïde, dans les ventricules cérébraux et à la base du crâne; la substance cérébrale est parsemée d'un pointillé rouge très-prononcé; engouement hypostatique à la racine des deux poumons; rate hypertrophiée, complètement ramollie; sa substance est réduite en une véritable bouillie.

L'autopsie ne démontre aucune lésion appréciable des viscères contenus dans les grandes cavités, soit chez le n° 6, soit chez le n° 27, salle St-Vincent; la rate n'est ni augmentée de volume, ni ramollie.

Nous avons toujours dirigé notre traitement dans le double but : 1° d'atténuer l'intensité des symptômes qui se manifestaient durant le paroxysme, et faisaient craindre des désordres anatomiques irréparables; 2° de faire en sorte de prévenir le retour de ces exacerbations qui pouvaient devenir si rapidement mortelles.

La première indication, bien que symptomatique, ne doit pas être négligée; voilà pourquoi nous nous attachions

à préciser et connaître la valeur et la signification des symptômes, afin d'administrer, suivant les cas, les émissions sanguines ou les antispasmodiques, les révulsifs sur le tube digestif, ou les calmants. Il n'est pas indifférent, en effet, de livrer la nature à ses propres efforts, durant un accès malin, pas plus que d'employer un remède qui n'est pas indiqué; car, dans les deux cas, une catastrophe est à redouter.

Mais, cette première indication remplie, il faut s'occuper de la seconde, qui a une toute autre importance, puisqu'on s'adresse alors à l'affection morbide qui suscite tous ces troubles fonctionnels. Aussi recommandions-nous de commencer l'usage de l'antipériodique prescrit à haute dose, dès le moment que le paroxysme était sur son déclin. Nous n'attendions pas que l'exacerbation fût tout-à-fait tombée, parce que, le plus souvent, la rémission était de courte durée, et que, par suite, un second accès pouvait se déclarer avant que le quinquina eût suscité des modifications avantageuses.

Durant la convalescence, nous n'insistions pas sur l'emploi de l'antipériodique, et pourtant nous n'avons jamais observé de rechutes; il semble que l'affection morbide s'épuise, pour ainsi dire, en provoquant, suscitant des effets pathologiques si graves.

Nous ferons seulement la remarque que le sulfate de quinine donné en solution, à la dose même de 2 grammes, est resté souvent sans effet, tandis que son association avec la résine ou l'extrait de kina, selon les cas, a toujours eu un plein succès. Le sulfate de quinine serait-il falsifié? sa puissance thérapeutique serait-elle moindre que celle de la résine de kina?

Il n'est pas rare de voir le sulfate de quinine associé à

des substances qui en modifient, neutralisent plus ou moins sa vertu fébrifuge ; mais, en supposant qu'il n'ait été le sujet d'aucune falsification, nous ne saurions comparer, dans les cas de fièvre pernicieuse, sa puissance thérapeutique à celle de la résine ou de l'extrait de kina, parce que cette dernière substance médicamenteuse jouit d'une double propriété, fébrifuge et tonique à la fois. Or, dans la fièvre pernicieuse, il existe surtout une lésion profonde et directe des forces de la vie, qui nécessite l'emploi d'un remède susceptible de prévenir un second ou un troisième accès, et en même temps de faire cesser cette disgrégation des forces.

C'est à dessein qu'à l'étude de la fièvre typhoïde nous avons fait succéder celle de la fièvre rémittente pernicieuse ; nous pouvons ainsi rapprocher, comparer ces deux états morbides, et apprécier toute la distance qui les sépare.

Ces deux modes pathologiques ont régné à la même époque de l'année, tantôt isolés, tantôt associés; ils ont été tous les deux sous la dépendance plus ou moins immédiate des intempéries atmosphériques et de la constitution médicale régnante. Mais là se borne tout rapprochement étiologique. Nous trouvons ensuite des causes spéciales appropriées à chacun d'eux.

En suivant attentivement la marche des deux maladies, nous observons dans les deux des exacerbations; mais, dans un cas, celles-ci se produisent à des heures indéterminées, plusieurs fois même dans les 24 heures. Dans le second cas, au contraire, le début du paroxysme est ordinairement bien tranché; son retour s'opère d'une manière périodique ; cependant il est urgent de procéder à l'aide d'une observation attentive et réfléchie, afin que les rémissions qui sont trop souvent d'une fort courte durée, ne

passent pas inaperçues, ce qui conduirait infailliblement à la détermination d'un diagnostic faux et d'un traitement irrationnel et nuisible.

Du reste, c'est au point de vue du pronostic et du traitement que la distinction de ces deux affections morbides est importante. En effet, tout en proclamant la gravité des fièvres rémittentes pernicieuses, il faut convenir, d'un autre côté, que l'art est tout-puissant contre elles, toutes les fois qu'il est permis au praticien de saisir et de remplir les indications qu'elles réclament; tandis que nous ne pouvons pas nous flatter, jusqu'à présent du moins, d'arrêter, d'enrayer la marche de la fièvre typhoïde, qui est, pour ainsi dire, fatale. Si, trompé par les apparences, et par l'existence d'exacerbations irrégulières, nous nous adressons au quinquina, nous sommes obligé bientôt de confesser notre erreur, en présence d'une fièvre qui continue à poursuivre son cours, en dépit de tous nos moyens.

FIÈVRES INTERMITTENTES.

Dans le courant du mois d'Octobre, ce sont les fièvres rémittentes qui sont remplacées par des fièvres intermittentes présentant quelquefois le type quotidien, plus souvent le type quarte. Nous ferons observer que, à cette époque, reviennent dans nos salles les malades civils qui, en Août, avaient été transportés à l'Hôpital-Général, à cause du grand nombre de militaires qui encombraient alors le service médical.

Dès ce moment, nous avons à soigner beaucoup de fiévreux qui ont contracté leur maladie, soit dans les environs de Montpellier, soit au Château d'Avignon. Ceux qui viennent de cette dernière localité paraissent plus

souffrants, plus abattus que ceux qui travaillent près de nos marais ; la fièvre intermittente à laquelle ils sont en proie est plus rebelle, plus opiniâtre. Nous ignorons la cause de cette gravité insolite, et nous nous bornons à constater le fait.

Mais, tout en mentionnant cette différence, nous devons rappeler que, chez tous nos malades, le mal persiste beaucoup plus qu'à toute autre époque de l'année ; que, trop souvent, des malheureux qui, se croyant d'abord guéris, veulent quitter trop tôt les salles, ne tardent pas à y rentrer pour la même maladie dont ils avaient été momentanément débarrassés.

Ces fièvres intermittentes s'accompagnent presque toujours d'embarras gastrique ou intestinal, ou d'empâtement, d'engorgement des viscères abdominaux. La rate est le plus souvent l'aboutissant d'une forte congestion pendant l'accès ; aussi présente-t-elle, chez bon nombre de nos malades, un volume assez considérable. Elle devient même douloureuse, et a nécessité l'application des sangsues sur l'hypocondre gauche, chez les nos 5 et 27, salle St-Vincent.

Une seule fois l'affection périodique se manifeste par un désordre fonctionnel de l'appareil respiratoire simulant une pneumonie. Le militaire couché au no 17, salle St-Lazare, se plaint, le jour de son entrée, 15 Novembre, de douleur obtuse dans le côté droit de la poitrine, de gêne de la respiration ; les crachats sont sanglants, la respiration obscure dans une grande étendue du poumon droit, avec un râle crépitant bien distinct à la base. Le lendemain, tous ces symptômes pneumoniques ont cessé, et le malade ne se plaint que d'un peu de faiblesse ; il demande à manger. Cette cessation brusque des phénomènes morbides de la maladie nous fait soupçonner l'existence de l'élément pé-

riodique. Cependant nous ajournons l'emploi de l'antipériodique, et nous prescrivons la diète, des boissons chaudes et émollientes. Le 17, après la visite du matin, les symptômes pneumoniques se reproduisent et disparaissent dans la nuit du 17 au 18. Nous n'hésitons plus alors : une forte potion, où le sulfate de quinine est associé à la résine de kina, est administrée aussitôt, et prévient un troisième paroxysme.

Dans le traitement de ces fièvres d'automne, nous ne débutons jamais par l'emploi du quinquina ; nous avons d'abord recours aux évacuants, afin de faire cesser l'embarras des premières ou des secondes voies, de détruire l'empâtement des viscères abdominaux. La maladie, ainsi simplifiée, cède ensuite plus facilement à l'antipériodique.

D'autres fois nous attaquons tout d'abord l'engorgement de la rate. Nous avons déjà vu comment l'action du sulfate de quinine avait été aidée deux fois par les émissions sanguines locales prescrites sur l'hypocondre gauche, dans le but de calmer l'irritation trop forte de la rate, et de provoquer un mouvement dérivatif utile. Plus souvent, en l'absence de tout symptôme d'irritation, nous avons eu recours aux préparations de fer, soit le sous-carbonate incorporé à une suffisante quantité d'extrait de genièvre, soit le sel martial de Lagrésie à la dose de 1 à 3 grammes dans un litre de tisane de chiendent. Ces substances, administrées seules ou associées au quinquina, nous ont donné les résultats les plus satisfaisants.

Chez un malade, le sulfate de quinine, pris à la dose de 75 centigrammes, détermine, quelques heures après son ingestion, des étourdissements, des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, et une paralysie momentanée de la rétine. Nous pouvons affirmer que c'est sous l'in-

fluence de ce sel que se développent ces accidents, puisque, le lendemain, la même dose de ce médicament provoque les mêmes effets, qui n'ont d'ailleurs qu'une durée éphémère et disparaissent d'eux-mêmes. L'extrait de kina, administré après coup, fait cesser les accès.

Ces observations cliniques nous rappellent combien est grande la différence qui existe entre les fièvres intermittentes du printemps et celles de l'automne : les premières, lorsqu'elles sont simples, légitimes, comme le disait Hippocrate, ne constituent souvent que des mouvements salutaires qu'il faut respecter, et qui sont suivis d'une guérison complète aux sixième, septième accès. Si parfois elles persistent, c'est qu'elles sont liées à un embarras gastrique bilieux ou saburral : dans ce cas, la crise naturelle a lieu dès qu'on a enlevé la cause matérielle qui les entretient.

Les secondes, au contraire, sont tenaces de leur nature, résistent même trop souvent aux médicaments les plus convenables, et ne trouvent alors leur solution heureuse que dans la saison printanière : en outre, elles donnent facilement lieu à des désordres matériels difficiles à guérir. Il y a plus, c'est que ces engorgements viscéraux s'élèvent à leur tour au rang de complications graves qui entretiennent les accès, ou du moins nécessitent des agents spéciaux dirigés particulièrement contre eux. En effet, ce n'est parfois qu'en attaquant la lésion viscérale qu'on parvient à débarrasser le malade d'une fièvre intermittente rebelle.

CHAPITRE SECOND.

MALADIES OBSERVÉES EN AUTOMNE ; AFFECTION CATARRHALE, RHUMATISMALE.

La température fraîche et humide du mois de Septembre se maintient en Octobre et se prolonge jusqu'en Novembre ; par moments se font encore ressentir des chaleurs passagères. Enfin, durant ce dernier mois, l'atmosphère tend à se refroidir et à se dégager de l'humidité.

Cette nouvelle constitution atmosphérique, qui commence en Septembre et dure encore en Novembre, n'efface pas tout d'abord l'influence de la constitution estivale : les impressions que cette dernière a déterminées dans l'économie sont trop profondes pour cesser brusquement. D'un autre côté, l'automne vient à son tour modifier le système vivant, et le rendre apte à concevoir de nouvelles affections morbides.

Aussi, en suivant pas à pas l'ordre et la succession des phénomènes, nous reconnaissons que, dans les premiers jours, les maladies sont formées par l'association de l'état bilieux et de l'état catarrhal, et s'accompagnent assez souvent de quelques symptômes de l'état typhoïde qui rendent le diagnostic incertain, difficile. Plus tard, l'influence estivale disparaît d'une manière complète, et nous nous trouvons alors en face de l'affection catarrhale seule, mais à laquelle viennent fréquemment s'ajouter l'ataxie, la malignité.

1° Suivant les circonstances, c'est tantôt l'état bilieux, tantôt l'état catarrhal qui prédomine dans les maladies que nous observons ; d'autres fois on ne saurait accuser l'un de jouer un plus grand rôle que l'autre, leur intensité étant la même. Chez quelques sujets, il semble que l'af-

fection catarrhale, qui éclate d'abord seule, réveille, quelques jours après, une manifestation bilieuse qui se caractérise par une langue saburrale, l'amertume de la bouche, envies de vomir, pesanteur, empâtement de l'épigastre et de l'hypocondre droit.

Du reste, le siége du mouvement fluxionnaire nous est encore une preuve de l'influence de la constitution estivale. En effet, bon nombre de nos malades affectés de fièvre catarrhale sont en proie en même temps à un flux diarrhéique ou dysentérique. Cependant la diarrhée, la dysenterie, sont loin de reconnaître alors la même origine que celle du mois d'Août. Celle-ci était bilieuse; le flux actuel est, au contraire, éminemment lié à l'état catarrhal, ce que nous indiquent l'état général, la connaissance de la constitution régnante.

Nous pensons même que plusieurs cas d'ictère qui se présentent alors dans nos salles, doivent être attribués aux causes catarrhales; car la température variable qui règne en ce moment, et se caractérise par des alternatives de chaleur, de froids légers et d'humidité, est certes susceptible de susciter des mouvements fluxionnaires du côté des organes qui paraissent le plus aptes à en devenir l'aboutissant. Voilà pourquoi l'appareil biliaire, encore surexcité par les chaleurs de l'été, est atteint de préférence. De là, irritation, fluxion du foie, suivie de polycholie et d'ictère.

Mais avec le développement, et plus tard la prédominance de la constitution automnale, l'affection catarrhale dirige son action vers les parties supérieures du corps : aussi aux flux dysentériques, diarrhéiques, succèdent des ophthalmies, des otites, des oreillons, des angines, maladies ne différant que de siége, et non de nature.

Il s'est présenté aussi plusieurs cas de fièvre typhoïde, tantôt avec forme pectorale, comme chez les n°s 9 Ste-Marie, 4 St-Charles, tantôt avec forme abdominale, témoins le n° 17 St-Charles, et le n° 6 St-Lazare.

Il n'est donc pas surprenant que l'épidémie, bien que sur son déclin, ait pu modifier d'abord la nouvelle maladie catastatique, en lui cédant un ou plusieurs de ses caractères morbides. C'est ainsi que des malades qui paraissaient atteints de l'affection typhoïde, en ont été quittes pour une fièvre catarrhale qui s'est jugée spontanément par les sueurs. Entre autres exemples que nous pourrions citer, nous rapporterons le suivant :

Le n° 30 St-Lazare est un jeune militaire à formes athlétiques, d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin, âgé de 22 ans, qui est malade pour la première fois, nous dit-il, à la suite d'un refroidissement qu'il éprouva en faisant l'exercice ; il est pris de brisement de membres, lassitude générale, pesanteur de tête.

A notre première visite, nous le trouvons abattu, inquiet, avec stupeur de la face, physionomie sans expression, des yeux larmoyants, des alternatives de chaud et de froid, des chaleurs erratiques ; gargouillement, par la pression, à la fosse iliaque droite ; diarrhée : sur le soir, la température du corps s'élève, et l'exacerbation se maintient une partie de la nuit.

Cet état persiste plusieurs jours, et se juge d'une manière heureuse, du sixième au septième, par une sueur générale et abondante qui dure plus de 24 heures, et amène une détente complète.

Du reste, il faut convenir que la marche ultérieure de la maladie faisait vite cesser toutes nos craintes : en effet,

à ces symptômes, en apparence alarmants, n'ont jamais succédé les autres phénomènes morbides qui caractérisent si bien la fièvre typhoïde, et le mal s'est terminé presque toujours d'une manière heureuse, sans nous offrir les diverses périodes qui servent à constituer la première.

2° Enfin, l'état catarrhal se présente à nous dégagé de toute complication : c'est alors surtout qu'apparaissent les ophthalmies, les otites, les oreillons, et autres maladies qui ont la même nature.

La tuméfaction de la région parotidienne, désignée sous le nom d'oreillon, s'est offerte assez souvent à notre observation clinique : nous devons rappeler que cette maladie, fréquente durant le printemps, avait à peu près cessé durant les fortes chaleurs de Juillet, Août, et ne s'est développée de nouveau que sous l'influence de la température fraîche et humide de l'automne.

Presque toujours alors le mal débute par le côté gauche de la face, pour de là envahir le côté droit ; parfois même il reste limité à son premier siége. Nos malades nous offrent les symptômes de la fièvre catarrhale, avec rigidité, douleur tensive dans le pourtour de l'articulation temporo-maxillaire dont les mouvements deviennent difficiles. L'engorgement est assez considérable, et s'étend d'habitude jusque sur les parties latérales et supérieures du cou ; il est sans changement de couleur à la peau.

Il est à remarquer que la souffrance diminue et disparaît dès le moment que la tumeur a acquis tout son développement ; mais dès lors aussi l'oreillon tend à décroître, et finit par s'effacer quelques jours après.

Dans quelques cas, la marche n'est pas aussi simple, et est entravée par une métastase qui s'opère sur les testicules, qui deviennent tout à coup douloureux et tuméfiés.

Chez deux malades, c'est l'inverse qui a lieu, car à l'engorgement testiculaire primitif succède la tuméfaction de la région parotidienne. Une fois même le mal se porte d'emblée et se concentre sur la glande séminale; et, certes, nous ne pouvons pas soupçonner l'existence d'un gonorrhéocèle, parce qu'il n'y a aucune trace de blennorrhagie urétrale, parce que le testicule seul est malade, parce qu'enfin il existe les caractères généraux de la fièvre catarrhale.

Cette espèce de métastase nous est un exemple de sympathie pathologique des plus remarquables, mais en même temps des plus difficiles à expliquer. En effet, quel est le lien, soit anatomique, soit physiologique, qui unit la région parotidienne aux glandes séminales? Quelle est la cause de ce déplacement morbide? Nous nous contenterons de noter que, dans toute maladie fluxionnaire, et l'affection catarrhale compte la fluxion au nombre de ses éléments essentiels, les métastases sont faciles et fréquentes; que c'est peut-être de préférence sur le testicule que s'opère le déplacement chez nos militaires, parce qu'à cette époque de la vie, car c'est de 20 à 30 ans que les oreillons s'observent le plus communément, l'appareil génital est dans sa plus grande activité.

Ce n'est pas seulement pendant les fortes chaleurs de l'été, mais encore en automne, que se manifestent les fièvres pernicieuses; il faut même convenir que cette dernière saison dispose fortement aux accès malins. C'est ce que nous a démontré la marche insidieuse de la fièvre intermittente, en Octobre. En effet, à des accès de courte durée et dépourvus de toute gravité, ont succédé plusieurs fois des accès pernicieux très-graves et même mortels; entre autres faits que nous pourrions citer, il nous suffira de

rappeler celui du n° 19, St-Vincent, atteint de pneumonie compliquée de fièvre tierce légère, et qui fut victime d'un paroxysme malin dont rien ne pouvait faire soupçonner l'explosion.

Une fois même la pernieiosité éclate brusquement dans le cours d'une fièvre catarrhale. Le jeune Barthez, âgé de 17 ans, entre le 9 Octobre, avec tous les symptômes d'une fièvre catarrhale dont il fait remonter l'invasion au 3 du même mois. Nos moyens d'exploration ne nous font reconnaître aucune altération d'organes; aussi nous contentons-nous des boissons émollientes et diaphorétiques, et de bouillons. Tout marche bien jusqu'au 14.

Dans la nuit du 14 au 15, se déclare une violente céphalalgie suivie de coma profond dont il est impossible de tirer le malade; le pouls est plutôt lent que fréquent et dépressible, la température du corps n'est pas très-élevée; la sensibilité de la peau est obtuse; les membres sont dans un état de résolution. Le 15, à 3 heures du soir, le malade s'éveille un peu; il peut répondre à nos questions, mais lentement et avec peine; sa langue est humide; le pouls s'est relevé; la sensibilité et le mouvement sont revenus. Cet état de rémission dure jusqu'à 11 heures de la nuit suivante; mais, dans ce moment, les symptômes cérébraux reparaissent plus graves que la veille, et le malade succombe le 16, à 10 heures du matin. Inutile d'ajouter que, durant l'accès, nous avions employé les attractifs émollients d'abord avec les émissions sanguines, et puis les topiques vésicants aux mollets; qu'enfin, pendant la rémission, le quinquina avait été administré à dose élevée.

Du reste, à l'autopsie, tous les organes des trois grandes cavités sont examinés avec le plus grand soin, et nous

paraissent sains; il n'y a qu'une légère infiltration du tissu cellulaire sous-arachnoïdien, sans rougeur de la séreuse.

Plusieurs fois encore, la fièvre catarrhale, existant seule ou accompagnée d'une maladie d'organe, se montre de mauvaise nature : ce qui frappe surtout les élèves, dans ces circonstances, c'est que l'affection morbide débute sous forme bénigne, suit d'abord une marche régulière, et donne ainsi l'espoir d'une terminaison heureuse, lorsque tout à coup éclatent des symptômes graves, insidieux dont nous étions loin de prévoir le développement, et qui menacent brusquement la vie des malades.

Bories, soldat au 2e génie, âgé de 22 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une forte constitution, entre le 9 Octobre, et occupe le n° 31, St-Lazare; il nous présente tous les caractères d'une fièvre catarrhale, avec engouement pulmonaire du tiers inférieur du poumon droit. Saignée de 250 grammes, suivie, le soir, d'une transpiration abondante et de soulagement. Les deux jours suivants, douleur au côté droit et inférieur de la poitrine, qui nécessite l'application de 15 sangsues et de deux ventouses scarifiées; en outre, infusion avec 75 centigrammes d'ipécacuanha, par cuillerée d'heure en heure; boissons diaphorétiques.

Le 12, apparaît un érysipèle à la face qui marche régulièrement jusqu'au 14. Ce jour-là, l'exanthème est pâle et s'arrête dans son développement. La langue est sèche et racornie; la respiration gênée, laborieuse. Attractifs émollients, vésicatoires camphrés aux bras; camphre et nitre à petite dose à l'intérieur. Le soir, le point de la face occupé par l'érysipèle prend une teinte brunâtre, la dyspnée augmente, le pouls devient d'une fréquence extrême;

il y a matité dans tout le côté droit : deux heures plus tard, Bories a cessé de vivre.

A l'autopsie, nous trouvons un peu d'épanchement séro-albumineux dans la cavité de la plèvre droite, dont le feuillet pulmonaire est recouvert de fausses membranes; le poumon correspondant est engoué dans ses deux tiers inférieurs, avec quelques points hépatisés; les autres viscères sont à l'état normal.

De cette observation, nous pouvons rapprocher celle du militaire couché au nº 7, St-Charles, et qui vient, le 15 Novembre, en proie à une fièvre catarrhale avec engouement de la moitié du poumon droit. Les trois premiers jours, la maladie suit régulièrement son cours; au quatrième, les yeux deviennent hagards, la figure est bouleversée, le délire se déclare avec agitation telle, que la camisole est nécessaire pour le maintenir. En même temps l'expectoration se supprime, l'oppression devient extrême, et la mort a lieu au sixième jour.

Ces deux exemples nous paraissent suffisants pour donner une idée de cet état insidieux qui est venu tout à coup enrayer la marche régulière de la maladie, compromettre la vie du malade. C'est sans doute l'existence de la malignité, dans certaines affections morbides, qui les avait fait désigner, par Hippocrate, sous le nom de κακοι ; long-temps après, Baillou imposa la dénomination de κακοηθης aux pneumonies de mauvaise nature. Aujourd'hui les praticiens reconnaissent que l'état malin s'associe parfois aux maladies les plus simples en apparence. D'un autre côté, personne ne met en doute l'influence de l'automne sur son développement. Car c'est surtout durant cette saison que règne la perniciosité. Or, la constitution automnale de l'année 1848 lui a été on ne peut plus favorable. En effet, aux chaleurs

brûlantes de Juillet et Août, succède une température très-variable, caractérisée par des alternatives de chaleur, d'humidité, de froid.

Mais il faut bien prendre garde de confondre la malignité avec tout autre état pathologique. N'oublions pas qu'elle a pour caractère essentiel d'éclater brusquement, de s'annoncer par l'apparition subite, imprévue de symptômes insolites graves, de tendre enfin à l'extinction directe et prochaine de la vie. Il ne suffit pas, en effet, que les phénomènes morbides soient très-intenses, que la maladie soit fatalement suivie de la mort, comme dans la rage, la phthisie avancée, etc., pour faire admettre la présence de l'état malin, puisque, dans ces cas, la marche, la tendance ultérieure du mal est connue, peut être, pour ainsi dire, calculée d'avance. La malignité n'offre rien d'analogue : c'est un véritable accident imprévu, frappant d'une manière insidieuse, *comme un chien qui mord sans aboyer*, selon l'expression si pittoresque et si vraie de Tissot.

La malignité se rapproche beaucoup de l'ataxie, mais pourtant en est distincte. Celle-ci se fait surtout remarquer par un défaut d'harmonie dans la distribution, l'action des forces sensitives et motrices, par une véritable confusion dans le développement, la succession des symptômes, des périodes même. Celle-là va plus loin encore, puisqu'elle s'attaque directement à la vie, dans son principe, et détermine une sidération complète et instantanée des forces.

Le tableau rapide de ces espèces morbides observées en automne, fait présumer la nature des moyens que nous avons cru pouvoir utiliser. Dans les premiers temps, un vomitif administré dès le début, nous a débarrassé de la complication bilieuse, et, dès lors, la fièvre catarrhale a marché vers un dénouement heureux. Parfois l'ipécacuanha

n'a dû être prescrit qu'au quatrième, cinquième jour de la maladie, parce que l'état catarrhal dominait d'abord, ou bien encore, parce que les symptômes bilieux ne prenaient leur entier développement qu'à cette époque.

Plus tard, l'affection catarrhale s'étant dégagée de toute complication, une diète légère, la température douce du lit, les boissons émollientes et diaphorétiques nous ont paru des moyens suffisants. Du reste, nous ne perdions pas de vue le siége du mal : c'est ainsi que les demi-lavements avec la mauve et quelques gouttes de laudanum ont calmé le flux diarrhéique ou dysentérique ; que des sangsues à l'angle des mâchoires et les gargarismes émollients nous ont été utiles pour modérer l'irritation de l'arrière-bouche ; que les juleps anodins ont été prescrits contre la toux, dans le cas de catarrhe bronchique. Nous avons eu le soin d'entretenir une douce chaleur autour des oreillons, préférant la laine ou le coton-rame à demeure aux cataplasmes, qui, en se refroidissant, auraient pu provoquer une métastase. Dans quelques cas, les sangsues appliquées au-dessous de l'engorgement ont été nécessitées par l'existence d'une trop vive irritation dans l'oreillon.

Nous nous abstenons des émissions sanguines générales toutes les fois qu'il n'y a pas une indication formelle, et nous n'en voyons pas l'utilité lorsque la fièvre catarrhale est simple. Cette règle de conduite nous a été de la plus grande utilité durant cette constitution automnale. En effet, la saignée n'a été employée que chez les sujets à prédominance sanguine ; nous tirions alors de 300 à 400 grammes de sang ; ainsi le malade conservait toutes ses forces pour pouvoir réagir contre le mal. Dès que la malignité éclatait, nous nous adressions au camphre, au quinquina, afin de ranimer la vie, de relever les forces, et de rétablir le cours

régulier de la maladie ; en même temps nous prescrivions des moyens particuliers en rapport avec le siége du mal : c'est ainsi que les vésicatoires camphrés ont été prescrits contre la fluxion de poitrine, qui surtout a été combattue avec avantage, dans ce moment, par une infusion d'ipécacuanha à haute dose, donnée d'heure en heure.

De l'affection catarrhale nous rapprochons l'affection rhumatismale. Ces deux modes morbides ont entre eux d'assez grandes analogies pour qu'on puisse, jusqu'à un certain point du moins, les considérer comme deux membres de la même famille pathologique : ils sont, en effet, provoqués, suscités par les mêmes causes ; ils s'accompagnent le plus souvent d'une fièvre à type continu-rémittent, avec exacerbations vespertines. La fluxion constitue un de leurs éléments caractéristiques. Cependant chacun d'eux présente des caractères spéciaux qui lui assignent une place distincte dans un cadre nosologique. Nous n'avons pas à les énumérer : il nous suffira de rappeler la prédilection presque exclusive du rhumatisme pour les tissus fibro-séreux et musculaire.

Sous l'influence de la constitution automnale, plusieurs de nos malades éprouvent des douleurs rhumatismales. Nous mentionnerons quelques faits qui nous ont paru offrir un véritable intérêt clinique.

Au n° 4, salle St-Lazare, est couché un jeune militaire d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une bonne constitution : à la suite d'un refroidissement, il est pris, pour la première fois, de rhumatisme. Aucun de ses parents, nous dit-il, n'a été sujet à cette maladie. Le siége du mal est aux articulations fémoro-tibiales et tibio-tarsiennes, qui sont douloureuses, tuméfiées, mais sans rougeur à la peau. Le malade éprouve, en outre, quelques

légères douleurs dans les coudes, où il n'y a pas la moindre tuméfaction. En même temps, l'auscultation fait percevoir un bruit de souffle au second temps du cœur.

Cependant les douleurs articulaires perdent de jour en jour de leur intensité, et bientôt le jeune militaire peut se livrer à la promenade. Plusieurs fois de suite il descend, le matin, dans la cour, où il reste exposé à l'humidité et à la fraîcheur.

Cette imprudence est suivie, le 9 Octobre, d'un violent accès de suffocation; au bruit de souffle succède un bruit confus, difficile à caractériser; les battements du cœur sont tumultueux et très-profonds. La matité est très-prononcée dans la région précordiale. Nous entendons des râles sonores et sibilants dans les deux côtés de la poitrine, et surtout à la partie postérieure. Cet état dure jusqu'au 18 Octobre, avec des alternatives de bien et de mal. A dater de ce jour, l'amélioration est sensible, et persiste jusqu'à l'entier rétablissement du malade, les premiers jours de Novembre.

Dans les premiers temps, nous nous contentons de prescrire la poudre de Dower, à la dose de 30 centigrammes par jour. Plus tard, nous remédions au mal à l'aide des vésicatoires placés aux bras d'abord, puis à la partie interne des cuisses; d'une infusion avec un gramme d'ipécacuanha donné par cuillerées d'heure en heure. Vers la fin, nous utilisons le sirop de digitale pourprée.

La poudre de Dower est employée avec avantage toutes les fois que le rhumatisme est simple, le mouvement fébrile léger; elle calme les douleurs, porte à la peau, provoque la diaphorèse, et par suite une détente salutaire. Inutile d'ajouter qu'on doit en rejeter l'emploi lorsque l'état inflammatoire ou nerveux prédomine. Du reste, en théra-

peutique comme en physiologie, il ne faut jamais oublier le rôle que peuvent jouer les idiosyncrasies individuelles, car tel médicament dont l'effet habituel est d'ailleurs parfaitement connu, provoque parfois des phénomènes tout-à-fait différents. C'est ainsi que la poudre de Dower, à laquelle on attribue une vertu sudorifique, a occasionné, chez un de nos malades, de violentes douleurs abdominales avec flux diarrhéique. Voici le fait :

Le nº 3, salle St-Vincent, souffre de douleurs rhumatismales dans les coudes : du reste, sa langue est large et humide, le ventre souple ; en un mot, il n'y a aucune trace d'irritation de la muqueuse abdominale. Frictions avec un liniment anodin et camphré, poudre de Dower 20 centigrammes. Deux heures après l'ingestion de ce médicament, douleurs vives dans l'abdomen, gargouillement, flux diarrhéique abondant. Cet accident ne dure que quelques heures ; il se reproduit, trois jours après, sous l'influence de la même médicamentation, et cesse encore pour revenir une troisième fois dans les mêmes circonstances.

Nous devons faire observer que ce même médicament ne provoque aucun effet analogue chez plusieurs autres sujets qui en font en même temps usage ; rappelons aussi que nous n'avons pu noter chez ce malade le plus léger dérangement des fonctions digestives, antérieur à son emploi : nous sommes donc en droit d'admettre, dans ce cas, un mode d'être spécial du système vivant.

Dès le début de la maladie, nous avons perçu le bruit de souffle au second temps du cœur ; nous n'en avons pas été étonné, car l'auscultation, pratiquée à cette période du mal, permet presque toujours d'entendre ce bruit de souffle à l'un des deux temps, mais le plus souvent au

second. Ceci semble prouver que le rhumatisme étend son action jusque sur l'endocarde, et qu'il ne s'agit pas, dans tous les cas, d'une véritable répercussion. Plus tard, il peut se faire qu'à l'occasion de circonstances particulières, l'affection rhumatismale se confine exclusivement sur le cœur ou son enveloppe, comme on le voit d'autres fois se retirer sur une seule articulation, après les avoir parcourues toutes. C'est sans doute ainsi que les choses se sont passées chez notre malade. En effet, nous ferons observer que le bruit anormal de la région précordiale s'est prononcé de plus en plus à mesure que le rhumatisme s'est éloigné des genoux et des pieds; enfin, l'accident pathologique a pris tout à coup son entier développement par suite de l'imprudence qui a été commise. Ce n'est pas à dire, pour cela, que les métastases rhumatismales ne soient pas à redouter; elles ne sont que trop fréquentes et graves. Le praticien ne doit même jamais oublier les désordres organiques irréparables que peut parfois provoquer en silence la diathèse rhumatismale qui paraît détruite en apparence.

D'un autre côté, une modification insolite et permanente de la fonction du centre circulatoire n'en indique pas nécessairement une lésion matérielle. Combien de fois n'a-t-on pas rencontré le pouls intermittent chez des personnes jouissant d'ailleurs d'une excellente santé? Le nº 1, salle St-Lazare, est en pleine convalescence d'une fièvre à type tierce, mais présente une intermittence complète dans les pulsations de l'artère radiale. En auscultant le cœur, nous retrouvons, après deux ou trois pulsations, le même phénomène : en outre, le second bruit se confond avec le premier; il semble même parfois qu'il le devance. Le malade, du reste, ne souffre pas; il ne s'est jamais aperçu de cet état anormal; l'état hygide n'est nullement troublé.

Nous ne percevons aucun bruit particulier aux deux temps; pas la moindre oppression de poitrine ni de douleur à la région précordiale. Ce militaire reste soumis à notre observation pendant plus d'un mois, sans que cette modification de la fonction circulatoire éprouve le plus léger changement. A quoi attribuer ce phénomène insolite? Est-il purement nerveux? Nous ne pouvons l'admettre, puisque cette modification est permanente, et que le système nerveux ne paraît d'ailleurs nullement troublé, car le sujet est parfaitement rétabli, et présente tous les caractères du tempérament lymphatique. Peut-on supposer l'existence d'un rétrécissement de l'orifice aortique? Nous resterons dans le doute, ou du moins nous dirons que l'altération organique, si elle existe, est encore trop peu avancée pour provoquer un dérangement notable dans les fonctions circulatoires et respiratoires, et se traduire par l'ensemble de symptômes qui font reconnaître une maladie organique du cœur parfaitement établie.

Au nombre des observations intéressantes de rhumatisme, il faut joindre celle du nº 7, salle St-Charles. Le nommé Cramail, soldat au 2me génie, est apporté dans nos salles, le 11 Octobre, durant notre visite du matin; d'après son billet d'entrée, il est atteint de pleuro-pneumonie. Sa figure porte les marques de la plus vive souffrance; la gêne de la respiration est excesssive; son pouls petit, concentré, mais sans élévation de température à la peau. Le tronc du malade reste incliné à gauche; il ne peut le redresser, ni se tourner à droite. A la percussion, le thorax résonne bien, et le stéthoscope nous démontre aisément l'intégrité des voies aériennnes. Mais la percussion ainsi que la pression réveillent de la douleur à la base de la poitrine, à gauche;

cette douleur est des plus violentes dans la partie correspondante de la paroi abdominale.

En interrogeant le malade, il nous apprend que trois jours auparavant, à la suite de refroidissement, il avait été pris d'une douleur légère dans le flanc gauche, et en même temps dans l'épaule du même côté. En conséquence, nous reconnaissons l'existence de l'affection rhumatismale avec prédominance de l'état hypéresthésique. Or, nous nous hâtons de combattre cet élément à l'aide des narcotiques; d'un autre côté, nous modérons l'irritation fixée sur les muscles de l'abdomen par l'application de sangsues, de ventouses scarifiées et de cataplasmes laudanisés. Dès le lendemain, l'amélioration est sensible, et, trois jours après, Cramail est complètement rétabli.

L'absence des principaux symptômes de la pleuro-pneumonie, toux, crachats sanglants, râle crépitant, rapprochée du siége du mal qu'indique si facilement la souffrance, qu'augmente encore la plus légère pression, ne permet pas le moindre doute. D'ailleurs, l'auscultation, en nous faisant percevoir distinctement le bruit vésiculaire, détruit toutes nos craintes. Quant à la gêne de la respiration, elle s'explique par le besoin instinctif qu'éprouvent les muscles malades de conserver la plus grande immobilité.

D'un autre côté, la prédominance des symptômes nerveux aurait pu nous donner l'idée de classer le rhumatisme au nombre des maladies nerveuses, si nous n'avions pas appris que ce mode morbide constitue une affection spécifique qui n'est pas plus nerveuse qu'inflammatoire, mais à laquelle peuvent s'associer, suivant les circonstances, d'autres affections élémentaires.

CHAPITRE TROISIÈME.

MALADIES EXANTHÉMATIQUES.

Les maladies exanthématiques sont classées, avec juste raison, au nombre des affections spécifiques ; elles ont des causes spéciales, se reconnaissent à des caractères qui leur sont propres, offrent un mode d'évolution, une marche, une durée déterminés. Malheureusement des circonstances nombreuses et variées viennent trop souvent entraver le travail d'éruption, enrayer la succession régulière des actes morbides, s'opposer enfin au mouvement de réaction et d'expansion que suscite le système vivant pour se débarrasser du principe hétérogène introduit en lui. C'est ainsi que les aptitudes individuelles, les maladies catastatiques régnantes, peuvent modifier profondément ces modes morbides, au point de faire redouter les plus graves accidents.

Durant notre quadrimestre, il nous a été facile de constater la vérité de cette observation clinique. En effet, aux fièvres éruptives, qui ont été nombreuses, se sont associés, dans beaucoup de cas, des états pathologiques de nature diverse, mais toujours en rapport, soit avec le mode d'être du sujet, soit avec le génie morbide de la saison.

1° PETITE VÉROLE.

Dans le mois d'Août et Septembre en partie, la fièvre d'incubation de la petite vérole est accompagnée des mêmes symptômes qui se montrent au début d'une fièvre typhoïde. Plus tard, avec la constitution automnale, le mouve-

ment fébrile emprunte les caractères d'un état catarrhal parfaitement dessiné.

Chez quelques jeunes gens forts, vigoureux, à exubérance sanguine, la fièvre concomitante est de nature inflammatoire; tandis que la réaction est trop faible, le travail éruptif difficile, languissant, chez quelques sujets débiles ou épuisés par des maladies antérieures. Nous rapporterons en preuve l'exemple d'un jeune soldat couché avant dans les salles militaires, où il contracte la petite vérole : ses forces affaiblies ne peuvent suffire au travail d'élimination et de dépuration; les boutons restent pâles, aplatis, la suppuration se fait mal, et une terminaison funeste a lieu.

Le fait suivant servira encore à démontrer la double influence des conditions individuelles d'une part, et des maladies catastatiques d'autre part. Le nommé Lagonce, soldat au 2e Génie, d'un tempérament lymphatique, d'une faible constitution, a eu, étant enfant, des croûtes teigneuses à la tête, et les glandes du cou engorgées. Dans ces derniers temps, il a eu des accès de fièvres intermittentes, à plusieurs reprises, et des ulcérations vénériennes au prépuce : du reste, il a été vacciné. Depuis cinq jours seulement, il est sorti de l'hôpital, où il était retenu par un flux diarrhéique; il y rentre le 28 Août.

Ce jeune soldat se plaint, depuis trois jours, de céphalalgie violente, avec vertiges, lassitudes dans les membres. Le jour de son entrée, la douleur de tête persiste, la lombagie est intense, le pouls fréquent, la température de la peau élevée, la langue large, humide; à la poitrine et au ventre apparaissent quelques taches rosées lenticulaires; plusieurs selles liquides dans les vingt-quatre heures; pas de gargouillement à la fosse iliaque droite. Tisane de riz gommée, potion gommeuse.

Le 30 Août, le mouvement fébrile tombe; le pouls est naturel; les taches observées grandissent et deviennent vésiculeuses; mais l'éruption, assez développée au tronc et au bras, est à peine sensible à la face et sur le reste du corps. Deux jours après, l'exanthème est devenu général; mais, bien que nombreux, les boutons restent petits, aplatis, avec peu de rougeur. Le malade se plaint de difficulté pour avaler, et de douleur au gosier.

Jusqu'au 5 Septembre, le travail morbide du système tégumentaire est lent, embarrassé; cependant, ce jour-là, la suppuration commence à la poitrine et à l'abdomen, tandis que les boutons de la face sont encore affaissés, quelques-uns même violacés; fort heureusement le vin et le quinquina provoquent et soutiennent la réaction: aussi, dès le 12 Septembre, la dessication est complète. Durant la convalescence, nous continuons l'usage des toniques, en même temps que nous utilisons les purgatifs.

Jusque-là, les complications, les associations morbides ne sont pas un obstacle complet au développement de l'éruption; celle-ci pourtant ne peut s'opérer dans un cas, et le malade succombe au moment où les boutons commencent à paraître: il est victime d'un état malin qui entrave le mouvement extérieur.

A cette exception près, l'éruption s'opère d'habitude assez régulièrement, des extrémités supérieures aux inférieures, et, dès cet instant aussi, tous les symptômes alarmants cessent avec la fièvre primitive. Une seule fois nos inquiétudes persistent et sont entretenues par la gravité des manifestations morbides; voici le cas:

Un jeune militaire, couché au nº 10 (St-Jean), d'un tempérament lymphatique, d'une complexion délicate, et qui

porte les traces de la vaccine, est en proie, pendant trois jours, à une fièvre grave avec symptômes typhoïdes; l'éruption est orageuse ; les boutons restent aplatis, violacés; des hémorrhagies ont lieu par la muqueuse du nez, de la bouche, du rectum; des ecchymoses existent au scrotum et sur d'autres parties du corps ; quelques jours plus tard, la gangrène se manifeste au centre d'un bon nombre de pustules et sur plusieurs points de la peau; enfin, dans ses derniers jours, ce malheureux nous offre tous les symptômes d'une forte irritation de la séreuse abdominale.

Les viscères de la tête et de la poitrine sont à l'état normal ; le cœur et les vaisseaux ne contiennent qu'une petite quantité de sang qui est diffluent. La cavité du péritoine contient un épanchement séro-albumineux ; la séreuse est injectée, rouge; les anses intestinales sont recouvertes par de fausses membranes; l'intestin grêle, examiné avec soin, ne présente aucune trace d'altération; la partie inférieure du rectum est dénudée de sa muqueuse dans l'étendue d'environ un centimètre. La mort est, sans nul doute, la conséquence de la phlegmasie accidentelle de la séreuse abdominale; mais c'était primitivement l'état de malignité et de putrescence qui rendait le pronostic si grave.

Durant la période de suppuration, les métastases sont surtout à craindre; la cause la plus légère suffit alors pour entraver le travail de coction dont les téguments sont le siége. Il n'est donc pas étonnant qu'il devienne irrégulier, presque nul à l'apparition d'une nouvelle maladie. C'est ainsi que le 1er Septembre, chez un de nos varioleux, pris tout à coup d'inflammation de l'appareil respiratoire, les boutons déjà pleins de pus ne tardent pas à

s'affaisser ; en même temps le mal de poitrine fait des progrès rapides, et la mort a lieu le 3 du même mois. A l'autopsie, nous trouvons les deux poumons engoués, gorgés d'une grande quantité de spume sanguinolente ; plusieurs lobules sont dans un état d'hépatisation grise. La muqueuse bronchique est recouverte d'une fausse membrane assez consistante, qui s'enlève par longues bandes, en conservant la forme du tube aérien ; elle présente, en outre, une teinte rouge très-intense. Il n'existe aucune trace d'éruption intestinale.

Pendant la convalescence, nous avons constaté parfois le retour d'anciennes affections morbides qui paraissaient éteintes. Le nº 8 (bis) (St-Lazare) est en voie de guérison d'une fièvre typhoïde légère, lorsqu'il éprouve les premières atteintes de la petite vérole qui parcourt régulièrement ses périodes. A peine relevé de cette seconde maladie, il est pris d'engorgement ganglionaire du cou, où se voient encore des traces de strumes. Enfin, l'état scrophuleux devient assez prononcé pour nécessiter la réforme du jeune militaire.

Assez souvent les convalescents éprouvent des parotidites qui disparaissent quelques jours après. Deux fois, la variole est suivie de l'apparition d'un érysipèle à la face. Enfin, presque tous nos varioleux sont frappés d'ophthalmies qui tendent vers la chronicité et sont très-tenaces. Nous devons ajouter que les furoncles et abcès ont été rares à cette époque.

La petite vérole s'est développée sur un assez bon nombre de sujets, tantôt sous forme discrète, tantôt sous forme confluente. Celle-ci ne nous a pas paru plus grave que la première, et a parcouru régulièrement ses périodes toutes les fois qu'elle n'a pas été entravée par des complica-

tions morbides. Nous redoutions, au contraire, une catastrophe dans les deux cas, lorsque la fièvre concomitante était de mauvaise nature. Du reste, la variole a été parfois si simple, si régulière dans sa marche, qu'elle se rapprochait de la varioloïde à cause de sa bénignité. Cependant nous avons pu apprécier toute la différence qui existe entre ces deux variétés d'une même affection exanthématique.

Au début, sans doute, la distinction entre la variole et la varioloïde est impossible; on ne peut savoir encore quelle variété d'éruption va surgir, puisque la fièvre primitive peut être aussi tumultueuse, aussi orageuse dans les deux cas; mais avec l'éruption, le diagnostic devient facile. En effet, les boutons de la varioloïde sont restés plus superficiels, uniloculaires, se vidant en entier par une seule piqûre; ceux de la variole étaient plus profonds, cloisonnés, et ne pouvant pas, par suite, se vider par une seule ouverture. Une différence essentielle encore est dans l'apparition d'une fièvre secondaire pour la variole, et son absence pour la varioloïde. Le mouvement fébrile de suppuration a pu être parfois assez léger dans le cas de variole discrète et simple, pour passer inaperçu; mais nous reconnaissions la variété de la fièvre éruptive, à la forme, à la profondeur des boutons, et surtout encore à la lenteur de leur dessication, ceux de la face étant déjà secs, tandis que ceux du reste du corps étaient encore en plein développement.

Nous avons donné nos soins à bon nombre de varioleux, pendant les quatre mois de notre service médical, et nous devons à la vérité de dire que la plupart de ceux qui ont été le plus cruellement éprouvés, n'avaient pas été vaccinés; nous avons pourtant rencontré quelquefois des traces de la vaccination chez quelques sujets qui ont eu une variole con-

fluente et grave. Qu'en conclure? sinon que l'influence préservatrice du virus vaccin s'était affaiblie, annihilée, ou que la vaccine était fausse. A ce propos même, nous ne saurions trop recommander de choisir le virus vaccin, de visiter de temps en temps les vaccinés, afin de suivre attentivement la marche de l'éruption; de constater les caractères des pustules, et de s'assurer ainsi si la vaccine est vraie ou fausse. Du reste, l'observation de tous les jours semble donner un démenti à l'opinion des médecins qui soutiennent que la vertu préservative de la vaccine est illimitée: il n'est que trop fréquent, en effet, d'observer le développement de la variole chez des personnes qu'on sait avoir été parfaitement vaccinées. Ne sait-on pas d'ailleurs que la petite vérole elle-même, contractée une première fois, n'est pas une garantie absolue pour le même individu qui peut en être encore atteint !

Quoi qu'il en soit, nous avons eu la précaution d'isoler autant que possible nos varioleux, afin de prévenir la propagation du mal: cette mesure, qui avait été déjà adoptée avant nous, par le professeur Caizergues, est des plus sages, parce que la petite vérole ne peut pas se communiquer ainsi aux malades voisins. Cependant quelques militaires imprudents ont été atteints, pour avoir visité, malgré nos conseils, des camarades couchés dans la salle des varioleux. Ceux-ci, du reste, étaient placés au milieu d'une température douce, évitant une trop forte chaleur, comme aussi l'exposition à l'air froid; mais, tout en préservant ces malades des rigueurs du froid et des chaleurs excessives, nous avions soin de leur faire respirer un air pur en le faisant renouveler souvent.

Un préjugé malheureux consiste à considérer toujours la maladie comme un mal, et, par suite, à l'attaquer; mais le

praticien sait fort bien qu'il est des affections morbides utiles, avantageuses; qu'il en est d'autres qu'on doit respecter tant que leur marche est régulière, simple. Voilà pourquoi la méthode naturelle nous a paru préférable toutes les fois que la petite vérole s'est présentée sans complication. Nous nous contentions alors de prescrire des boissons douces et tempérantes, des crèmes de riz, des purées pendant les deux premières périodes, pour tout régime, puis du bouillon durant la suppuration; enfin, au moment de la dessication, un peu de soupe et pruneaux.

Mais nous n'avons eu qu'assez rarement l'occasion d'observer la petite vérole dans un état complet de simplicité; trop souvent des complications morbides ont nécessité l'usage de la méthode analytique, afin de la ramener à la forme la plus simple et la plus bénigne. Voilà pourquoi, dans la première période, nous recherchions surtout l'espèce de la fièvre concomitante.

Dans les cas rares où dominait le génie inflammatoire, nous avons eu recours à la saignée, suivant en cela l'exemple de plusieurs maîtres de la science. Nous n'avons jamais eu à nous en repentir, parce que nous n'ouvrions la veine que dès l'instant qu'il y avait indication formelle; elle favorise alors le développement de l'éruption, et ne dispose nullement, quoi qu'en pensent quelques médecins, à l'état putride.

Sans nul doute, elle est contre-indiquée dans les cas simples, et surtout dans ceux où la petite vérole est avec asthénie. Nous avons cité deux exemples où nous nous sommes trouvé dans la nécessité de provoquer, soutenir la réaction, et de ranimer ainsi les boutons qui restaient pâles, effacés. Le vin, les bouillons, les préparations de quinquina, nous ont alors été d'un grand secours.

Contre cet état de putrescence et d'hémorrhagie passive qui s'est présenté chez le nº 10 (St-Jean), nous avons employé les astringents associés aux toniques et aux antiseptiques : voilà pourquoi nous avons prescrit le ratanhia, la limonade minérale, le camphre, le quinquina.

Souvent, enfin, l'association de l'affection catarrhale indiquait l'emploi des boissons émollientes et diaphorétiques, unies parfois aux antispasmodiques, pour rompre l'état de spasme et d'éréthisme nerveux qui se trouve si fréquemment dans la fièvre catarrhale, et favoriser ainsi les mouvements d'expansion et de réaction tégumentaire.

Nous avons déjà fait observer combien la fièvre secondaire était légère dans les varioles simples et bénignes ; d'autres fois, au contraire, elle est très-intense, et revêt la forme des maladies régnantes : dans ces cas, notre thérapeutique a dû varier encore ses moyens, et les harmoniser avec la nature de la fièvre concomitante. Cependant, bien que la réaction fébrile ait été parfois assez violente, nous n'avons pas cru devoir répéter les saignées, crainte de trop affaiblir le malade, et d'augmenter la disposition générale à produire du pus, introduite dans le système vivant par la maladie exanthématique. Plus souvent nous avons accordé à nos varioleux un peu de vin, quelques bouillons, afin de soutenir leur forces ; d'autres fois, enfin, le quinquina, le camphre, ont été indiqués par l'état de malignité

Cette période de suppuration est, sans contredit, la plus dangereuse, et mérite la plus grande attention de la part du médecin : c'est alors surtout que les métastases purulentes sont à redouter. S'il existe de pareilles craintes, il faut, à l'exemple de Cotugno, appliquer des vésicatoires sur les membres, afin de retenir les mouvements à la peau, et de produire une excitation générale salutaire. Ces topiques

agissent à la fois, dans ces circonstances, comme stimulants, révulsifs et évacuants; mais nous avons eu garde d'y recourir dans le cas de variole hémorrhagique; ils auraient pu déterminer des escarres, et, à cause même de cette surexcitation passagère qu'ils provoquent, épuiser le peu de forces des malades.

Du reste, la méthode de Cotugno nous a toujours paru préférable à celle de Freind, durant cette période de la petite vérole; nous n'ignorons pas que cette dernière a été couronnée d'un plein succès entre les mains de son auteur et autres médecins; mais la crainte d'arrêter le travail extérieur, de provoquer une résorption purulente, nous a toujours arrêté dans l'emploi des moyens propres à provoquer un flux diarrhéique passager.

Les purgatifs nous ont été, au contraire, d'une utilité incontestable pendant la période de dessication et la convalescence. Ils servent alors à débarrasser l'économie de ce qui reste de pus, à prévenir même les abcès qui se développent trop souvent dans le tissu cellulaire sous-cutané et profond. D'un autre côté, nous prescrivions un régime composé d'aliments analeptiques et de facile digestion, les toniques, le vin, afin de relever les forces et de combattre cette disposition purulente générale que nous avons mentionnée. Ce mode de traitement, appliqué dans de justes réserves, et non d'une manière banale, prévient les résorptions purulentes, et, par suite, l'apparition d'une nouvelle fièvre qui peut se manifester chez le convalescent, et qui peut être considérée, avec juste raison, comme une fièvre de résorption.

2° ROUGEOLE.

Les anciens praticiens, et Stoll entre autres, avaient déjà

fait la remarque que la rougeole, comme les autres affections exanthématiques, pouvait se compliquer des maladies qui régnent à la même époque. Nous avons vérifié la vérité de cette observation clinique, puisque, durant notre quadrimestre, la fièvre rubéolique, tout en conservant un fond identique, s'est présentée pourtant avec des formes variées. Plusieurs fois l'état inflammatoire, par exemple, est venu retarder le développement de l'éruption; une saignée pratiquée à propos a rempli une double indication : la première, de combattre les symptômes inflammatoires; la seconde, de provoquer un mouvement expansif salutaire.

D'autres fois des symptômes nerveux ont nécessité l'emploi du camphre, qui a fait cesser l'état de spasme et régularisé la marche de la maladie. C'est assez souvent une fièvre catarrhale gastrique qui existe; la gastricité constitue même alors l'état dominant. Nous rappellerons, à ce propos, l'observation du nº 19 (salle Notre-Dame). Le 25 Août, Lebreton, soldat au 2e Génie, éprouve de la pesanteur de tête, avec coryza, toux et fièvre; il se plaint en même temps de pesanteur à l'épigastre, d'envies de vomir, a la langue large, recouverte d'un enduit grisâtre, avec bouche pâteuse, haleine fétide. L'indication est manifeste, et nous prescrivons l'ipécacuanha à dose vomitive. Le 28, il est pris tout à coup de syncope, et à la suite se manifeste, à la tête et au tronc, une éruption qui présente tous les caractères de la rougeole: celle-ci, d'ailleurs, parcourt régulièrement son cours.

Plusieurs fois, la fièvre primitive de la petite vérole s'est accompagnée des mêmes symptômes que la fièvre rubéolique, au point de jeter de l'incertitude sur le diagnostic. Les deux faits morbides se caractérisaient, en effet, par des symptômes catarrhaux; cependant, l'in-

tensité des douleurs lombaires, de la céphalalgie, parfois le trouble passager des facultés intellectuelles, nous faisaient supposer l'apparition prochaine de l'éruption variolique, et non de la rougeole dont les phénomènes prodromiques avaient moins de violence. Il y a plus, l'exanthème lui-même n'a pu tout d'abord être classé chez quelques malades : c'est ainsi que chez les nos 8, 20 (salle Notre-Dame), il nous a offert un caractère boutonné tel que nous croyions déjà à l'existence d'une petite vérole; mais la marche ultérieure de la maladie en dévoilait bientôt la nature réelle. Enfin, le militaire couché au no 11 (Notre-Dame) a été atteint en même temps de la rougeole et de la varioloïde : ces deux affections éruptives ont parcouru également leur cours, sans s'influencer l'une l'autre.

Du reste, il n'est pas rare d'observer deux éruptions se développant et coexistant chez le même sujet. Plusieurs fois, à l'hôpital comme en ville, nous avons noté la coexistence de la rougeole et de la scarlatine, mais surtout la présence de quelques caractères de cette éruption, ce qui rendait le diagnostic de la première incertain. Le doute était même, dans les débuts, d'autant plus légitime, qu'avec la fièvre catarrhale se présentaient tous les caractères d'une angine.

Le no 2 (salle St-Jean) est un militaire d'un tempérament bilieux, d'une constitution assez forte; sans cause connue, il est pris, il y a trois jours, d'horripilations, puis de chaleurs assez fortes alternant avec des frissons, de coryza; il éprouve en même temps des douleurs de tête siégeant surtout à l'occiput, enfin du mal de gorge; au 3me jour, le 15 Septembre, il ressent une chaleur incommode avec picotement à la peau, qui se recouvre presque en même temps d'une éruption.

Celle-ci se caractérise par de petits points rouges, présentant un pointillé bien distinct de loin en loin ; au niveau des jointures des membres, surtout aux aines, se manifestent quelques plaques assez étendues, d'un rouge assez vif, entremêlées de petits points saillants. D'ailleurs, la fièvre, le coryza, le mal de gorge, persistent; enfin, l'éruption finit, sans accidents, par une desquamation légère et furfuracée.

S'agit-il d'une simple rougeole ou d'une scarlatine dans ce cas? ou mieux encore, avons-nous à observer un fait morbide complexe nous offrant des caractères de l'une et de l'autre? En première ligne, nous devons noter la présence du coryza et de l'angine, deux phénomènes morbides parfaitement dessinés, et se retrouvant l'un dans la rougeole, l'autre dans la scarlatine. Mais pendant le règne de la fièvre catarrhale, le mal de gorge n'est rien moins que rare, en est un des symptômes les plus communs, à l'entrée de l'hiver surtout ; il n'est donc pas étonnant de l'observer dans ces circonstances, d'autant plus que nous l'avons retrouvé aussi, à la même époque, chez plusieurs varioleux. En outre, la fièvre éruptive s'étant accompagnée de symptômes catarrhaux, nous pourrions affirmer d'hors et déjà qu'il s'agissait d'une rougeole, si, dans ce moment, l'affection catarrhale ne constituait le génie morbide catastatique. Mais nous rappellerons, en second lieu, le mode de terminaison de l'éruption : à la suite de la scarlatine, la desquamation s'opère par larges plaques. Or, dans ce cas, elle est tout-à-fait furfuracée.

En résumé, l'existence de la fièvre catarrhale, la forme pointillée de l'éruption, le mode de desquamation, nous forcent à nous prononcer en faveur d'une rougeole à laquelle se sont associés quelques caractères de l'éruption scarlatineuse.

Du reste, nous n'avons jamais oublié combien est délicate la convalescence de la rougeole. Les circonstances les plus légères peuvent l'entraver, et occasionner les accidents les plus fâcheux. Il n'y a rien là qui doive étonner le praticien qui se rappelle combien le système tégumentaire est alors impressionnable, combien est grande, en outre, la disposition des voies aériennes à devenir le siége de maladies plus ou moins graves. En effet, les catarrhes chroniques ne sont pas rares à la suite de l'affection morbilleuse: trop souvent éclatent alors des phthisies mortelles dont le sujet pouvait avoir le germe, mais qui, sans cette occasion, auraient pu rester encore à l'état latent un temps plus ou moins long. C'est pour éviter tous ces dangers que nous avons toujours prévenu nos convalescents de conserver une température douce et égale, d'éviter les intempéries atmosphériques; plusieurs fois même nous avons été dans la nécessité d'insister sur l'usage des loocks béchiques, pour activer la résolution du catarrhe bronchique qui avait persisté après la disparition de l'exanthème.

3° URTICAIRE.

L'urticaire s'est présenté deux fois à notre observation clinique. Voici les deux faits :

1° Un jeune militaire de 22 ans, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, tombe malade en travaillant aux mines, où la température est chaude et humide : c'est en passant de là au grand air, tout couvert de sueur, qu'il est pris d'horripilations, bientôt après de céphalalgie, lassitudes, brisement des membres.

Deux jours après, 15 Novembre, il entre à l'hôpital, avec tous les caractères d'une fièvre catarrhale : bouffées de chaleur alternant avec de légers frissons; yeux larmo-

yants, tête pesante, coryza, langue humide, blanche au milieu, un peu rouge à la pointe et sur les bords; le pouls est fréquent, plein, dur; sur le soir du même jour, exacerbation, picotement à la peau; enfin, apparition de l'urticaire au tronc et aux extrémités supérieures, avec une démangeaison fort incommode. L'éruption se caractérise par des proéminences assez nombreuses, à forme arrondie, dont le milieu est pâle et le pourtour d'un rouge assez vif. Ces proéminences disparaissent par moment pour reparaître plus tard sur les mêmes points ou sur d'autres. La chaleur et le froid sont sans influence sur leur disparition et sur leur retour. Saignée de 300 grammes; boissons émollientes et diaphorétiques.

Cet état dure cinq ou six jours, avec des alternatives de rémissions et d'exacerbations; vers la fin seulement, l'urticaire ne se montre plus qu'aux extrémités inférieures; tout rentre dans l'ordre sous l'influence d'une douce diaphorèse qui s'établit à la peau.

2° Nous recevons, le 13 Septembre, un autre militaire à tempérament lymphatique, qui nous dit avoir toujours joui d'une assez bonne santé. Quelques jours auparavant, il travaillait sur les bords du Lez; il éprouve un sentiment de malaise, de faiblesse, se plaint de douleur de tête, a le pouls petit, irrégulier, la langue large, humide. Le lendemain de son entrée, vers 11 heures du matin, il est pris de lipothymies, avec un frisson assez vif et d'une durée de demi-heure. A ce froid succède une chaleur générale intense, avec picotement à la peau, suivi bientôt d'une démangeaison insupportable, et d'urticaire qui envahit tout le corps. Sur le soir, le malade commence à éprouver un peu de calme; la chaleur diminue, les proéminences s'effacent, la démangeaison finit par cesser; il ne reste plus que de la sueur.

Les deux jours suivants, le paroxysme revient à la même heure, et se caractérise par les mêmes symptômes. L'absence de tout phénomène de gastricité et d'état catarrhal, la périodicité des paroxysmes, rapprochée d'ailleurs de la connaissance du lieu qu'habitait auparavant le malade, nous fait admettre l'existence d'une fièvre intermittente à type quotidien, dont le phénomène le plus remarquable, durant l'accès, est l'urticaire. En conséquence, nous prescrivons, pendant l'apyrexie, une potion avec le sulfate de quinine et la résine de kina; et, dès ce moment, l'exacerbation et l'urticaire ne se reproduisent plus.

Le rapprochement de ces deux faits soulève plusieurs questions de médecine qui ont été l'objet d'un examen consciencieux et élevé de la part d'un professeur distingué de cette École (1). Aussi n'avons-nous pas l'intention, encore moins la prétention de les aborder. Il nous suffira d'établir, d'après l'observation clinique, que les dermatologistes modernes ont trop accordé à la forme anatomique de l'éruption, dans leur classification des maladies cutanées. Sans doute la forme éruptive est un des éléments indispensables de diagnostic, mais ne saurait suffire pour faire connaître la nature de la maladie, et des indications à remplir. D'autres notions sont indispensables; en un mot, le praticien doit embrasser, posséder l'histoire complète du fait morbide qu'il observe, afin d'éviter toute erreur de diagnostic et de thérapeutique.

C'est ainsi que, des deux exemples que nous venons de rapporter, le premier se rattache évidemment à l'état catarrhal. N'oublions pas, en effet, que ce jeune soldat travaillait

---

(1) Mémoire sur l'exanthème ortié et l'urticaire, et Observ. sur la fièvre intermit. pern. ortiée, etc.; par le prof. Golfin.

dans des mines, et que, par suite, il était exposé, en sortant au grand air, à des transitions brusques de température. Rappelons, en outre, que l'automne comme le printemps sont les saisons les plus favorables au développement des affections catarrhales. D'un autre côté, l'ensemble des phénomènes morbides, la marche de la maladie, son mode de terminaison, ne viennent-ils pas confirmer notre manière de voir?

Le second fait, au contraire, nous est un exemple évident de l'existence de l'urticaire liée aux désordres fonctionnels que suscite la fièvre d'accès. Nous n'en voulons pour preuve que la connaissance des causes présumées: c'est en travaillant sur les bords d'une rivière à fond vaseux, d'où s'exhalent des principes délétères, que ce jeune militaire est frappé. N'a-t-on pas là une des causes ordinaires de la fièvre intermittente? Aussi voyons-nous revenir le mal par accès et d'une manière franchement périodique; d'ailleurs il n'existe aucune trace, soit d'un état catarrhal, soit d'un état gastrique; enfin, l'emploi du quinquina est suivi d'une guérison rapide.

Ainsi donc, l'éruption seule ne suffit pas pour la détermination de la nature du mal. Sa connaissance nous est sans doute de la plus grande utilité pour le diagnostic local. A ce point de vue même, nous pensons que la classification dermatologique, basée sur les caractères extérieurs, doit être conservée, afin de distinguer les diverses espèces d'éruptions. C'est au praticien ensuite à remonter plus haut, afin de retrouver l'affection morbide générale à laquelle se rattache la maladie éruptive, et qui seule devient la source des indications premières à remplir. Voilà comment la thérapeutique varie ses moyens, en présence d'une maladie identique quant à la forme, mais dont le fond peut être

très-variable. C'est ainsi que, dans l'urticaire, par exemple, il faut s'enquérir tout d'abord de quelle nature est la fièvre concomitante, puisque les évacuants, les diaphorétiques, les antipériodiques, pourront trouver leur application, suivant que l'éruption se rattachera à un état gastrique catarrhal ou périodique.

4° ÉRYSIPÈLE.

A aucune époque de notre carrière médicale, nous n'avions observé, dans l'hôpital, en si peu de temps, un nombre aussi considérable d'affections cutanées fébriles. Il y a même plus, c'est que le même sujet nous a présenté parfois les caractères parfaitement distincts de deux éruptions différentes, parcourant ensemble leur marche habituelle; ou, plus souvent encore, se développant successivement l'une après l'autre. C'est ainsi qu'à la rougeole, dont le malade était convalescent, a succédé parfois la variole ou la varioloïde. D'autres fois nous avons noté une succession inverse. Enfin, c'est l'érysipèle qui s'est manifesté pendant la convalescence de ces maladies cutanées. Le n° 19 (salle Notre-Dame), par exemple, en est atteint à la suite de la rougeole; le n° 16 (salle St-Jean), à la suite de la variole; les nos 10 et 18 (même salle), après une varioloïde. Dans tous les cas, la face a été le siége habituel de cet exanthème.

Dans l'étude de ces érysipèles, nous avons noté deux éléments principaux : la fluxion et la fièvre. Celle-ci a toujours précédé et accompagné le travail morbide local, mais sa nature a varié comme celle des maladies régnantes. En Août, par exemple, la fièvre est bilieuse, plus tard elle devient gastrique, catarrhale; enfin, l'état catarrhal seul en constitue les caractères exclusifs. En un mot, la fièvre

concomitante est en rapport avec la constitution estivale d'abord, puis automnale.

L'érysipèle est, avec juste raison, placé au rang des maladies fluxionnaires ; il n'est donc pas étonnant qu'on le considère comme un des exanthèmes les plus irréguliers, et qui a le plus de tendance à se déplacer. La cause la plus légère occasionne parfois des déplacements funestes, comme nous en avons été témoin chez le militaire couché au nº 31 (salle St-Lazare). A ce sujet même, nous rappellerons que ces irrégularités sont plus à redouter, et plus fréquentes lorsqu'il siége à la face : c'est alors surtout qu'il peut s'opérer une métastase mortelle du côté de l'encéphale ou de ses enveloppes. Dans ce cas encore, le mal peut se propager au cuir chevelu, et l'inflammation s'y manifester, accident toujours inquiétant, puisque des phlogoses, même légères, de cette partie, ont de la tendance à s'étrangler.

Mais, tout en n'admettant, dans la constitution de l'érysipèle, que l'élément fluxionnaire, nous devons ajouter que l'inflammation s'y associe fort souvent ; elle était évidente dans les deux cas qui se sont terminés par la formation d'un petit abcès à la paupière supérieure.

L'érythème est la seule maladie avec laquelle l'érysipèle pourrait être confondu ; car il ne constitue pas toujours une réaction, par suite d'une provocation extérieure; il survient aussi spontanément. Cependant, l'examen de la partie malade en indique la différence, jusqu'à un certain point du moins. En effet, la rougeur est plus prononcée, et le tout forme des rougeurs partielles séparées par des portions saines de la peau. La rougeur de l'érysipèle, au contraire, a un fond jaune, est mal circonscrite. Quant à la fièvre, elle existe rarement dans le cas d'érythème ; et alors même elle est plus simple, et ne précède presque jamais le travail morbide de la peau.

Enfin, nous avons observé plusieurs fois un phénomène morbide particulier, qu'ont noté d'ailleurs depuis longtemps les praticiens : c'est l'engorgement des ganglions sous-maxillaires avec douleur de cette partie, de la plupart de nos malades atteints d'érysipèle. Cette tuméfaction ne semble-t-elle pas indiquer que le système lymphatique est, au moins en partie, le siége du travail morbide qui s'opère à la peau?

Quoi qu'il en soit, la connaissance de la fièvre concomitante a toujours été la base des indications que nous avons jugé convenable de remplir. Voilà pourquoi nous avons prescrit, suivant les circonstances, un émétique au début, ou seulement les boissons diaphorétiques et émollientes. Il est des praticiens qui usent trop souvent des vomitifs pour combattre l'érysipèle commençant; sans doute on augmente ainsi le mouvement d'expansion, on tend à mieux fixer la fluxion. Mais pourquoi l'administrer lorsqu'il n'existe aucun état gastrique saburral ni bilieux? Ne craint-on pas d'irriter les voies digestives, de provoquer une gastro-entérite qui s'oppose au mouvement extérieur? Il ne faut recourir à aucune méthode exclusive: parfois la saignée est le meilleur moyen de rompre un état de spasme, et de provoquer la fluxion cutanée; tandis que, d'autres fois, une infusion de sureau miellé et le repos au lit, avec une diète légère, suffisent à la cure de l'érysipèle. Du reste, nous n'avons jamais appliqué aucun topique, soit fomentations émollientes, soit frictions mercurielles : ils ne peuvent être d'aucune utilité dans ces espèces d'érysipèles, et sont parfois très-nuisibles en déterminant des métastases.

Enfin, au début de la convalescence, nous avons toujours administré un purgatif, afin de détruire les reliquats morbides, et de prévenir ainsi de nouvelles efflorescences cutanées.

CHAPITRE QUATRIÈME.

MALADIES D'ORGANES.

I. *Maladies de l'encéphale.* — Grâce aux travaux des modernes, grâce à l'étude de l'anatomie pathologique sainement interprétée, les maladies des centres nerveux sont de jour en jour mieux appréciées, et, par suite, classées avec plus d'exactitude ; cependant tout n'est pas fini, et l'analyse clinique n'est pas encore parvenue à faire cesser tous les doutes, toutes les discussions que soulèvent certains points de cette branche de la pathologie. C'est donc à la science d'observation d'apporter de nouveaux matériaux propres à rendre, dans certains cas, le diagnostic moins difficile et incertain. Cette idée seule a présidé à la rédaction des deux faits pathologiques que nous allons consigner.

1° *Hémiplégie du côté droit avec paralysie complète du sentiment et du mouvement dans les deux extrémités.* — Pernelet (Firmin), soldat au 2e du génie, âgé de 21 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une forte constitution, qui n'a eu aucune maladie antérieure, nous dit-il, et dont les parents n'ont jamais éprouvé les atteintes d'une affection morbide analogue à la sienne, entre dans nos salles le 8 Août 1848, et est placé au no 51 (salle St-Lazare).

Ce militaire est frappé d'hémiplégie du côté droit ; la sensibilité et la motilité sont complètement abolies dans les deux extrémités ; l'œil droit ne distingue les objets qu'à une petite distance et doubles ; la langue est embarrassée, empâtée, mais nullement déviée ; la face a quelque chose d'hébété. Du reste, point de céphalalgie, point de fièvre, et les principales fonctions s'exécutent normalement ; l'in-

telligence est saine, et ce jeune homme nous raconte parfaitement tout ce qui s'est passé.

En Juin 1848, envoyé avec sa compagnie à Nimes, il bivouaque sur une place : après un sommeil de plusieurs heures sur un banc de pierre, à la belle étoile, il se réveille en grelottant. Le sentiment de froid est surtout intense aux parties qui sont aujourd'hui affectées ; à cette sensation pénible succède un tremblotement dans ces deux extrémités, qui persiste et le fatigue beaucoup lorsqu'il veut écrire ou marcher. Vers la fin de Juillet, la fraîcheur des nuits provoque, chez ce militaire, un flux diarrhéique qui le force à garder la chambre pendant quelques jours.

Le 6 Août, se déclare une céphalalgie violente qui dure 30 heures ; cette douleur de tête disparue, Pernelet se trouve bien et veut reprendre son service ; mais le 8 Août, il ne peut répondre à l'appel, la paralysie le tient cloué sur son lit.

Une première question se présente ici : quel est le siége de cette maladie ? Nous croyons pouvoir affirmer que c'est le cerveau ; l'état de l'œil, de la langue, de la face, joint à celui des deux extrémités, nous l'indique parfaitement. Il y a plus, c'est le côté gauche seul qui est affecté, ce que nous ont démontré d'ailleurs, dans des cas analogues, l'observation et l'expérience de tous les hommes compétents. S'il fallait pousser plus loin notre diagnostic local, nous pourrions ajouter, avec raison peut-être, que c'est dans la partie de l'hémisphère gauche correspondant à la couche optique et même au corps strié que siége l'altération morbide.

Mais en quoi consiste celle-ci ? Est-elle purement dynamique ; est-elle organique ? La céphalalgie violente qui a fatigué le malade presque au moment de l'apparition de l'hémiplégie, la persistance des symptômes paralytiques,

nous font supposer l'existence d'un travail morbide qui a altéré profondément la substance cérébrale. Du reste, l'autopsie seule pourra donner une solution satisfaisante.

Reste à connaître la cause réelle de cette maladie grave : d'après les commémoratifs, nous devons accuser, en première ligne, la fraîcheur, l'humidité, les variations brusques de température : en effet, en été, il n'est pas rare de voir succéder aux chaleurs brûlantes du jour une fraîcheur assez prononcée durant la nuit ; n'est-il pas permis de supposer que ces alternatives de chaud et de froid ont enrayé les fonctions perspiratoires chez Pernelet ? C'est d'autant plus probable que ces variations atmosphériques l'ont surpris dans un moment de surexcitation occasionnée par les courses forcées auxquelles il venait de se livrer. Car ce jeune militaire mène, dans le régiment, une conduite à l'abri de tout reproche, et par conséquent on ne peut attribuer son mal ni aux excès vénériens, ni aux libations bachiques. C'est donc à une cause catarrhale qu'est due cette maladie cérébrale. L'encéphale a été de préférence le siége du travail morbide, parce que les fortes chaleurs de l'été provoquent souvent des mouvements fluxionnaires de l'extrémité supérieure, parce que la constitution athlétique du sujet constitue une prédisposition réelle aux accidents apoplectiques.

C'est en vue de ces indications étiologiques qu'est dirigée d'abord notre thérapeutique. Après une saignée de 500 grammes, nous prescrivons des sangsues au pourtour de l'anus et aux apophyses mastoïdes ; nous entretenons en même temps la liberté du ventre par de légères doses de calomel. Aux émissions sanguines nous faisons succéder l'emploi des topiques vésicants sur les membres paralysés, et de l'iodure de potassium à l'intérieur. Comme l'influence atmosphérique a pu déterminer une affection catarrhale

rhumatismale, nous cherchons à la combattre à l'aide de cet agent thérapeutique. Malheureusement l'impression morbide est trop profonde sur l'encéphale, et tous ces moyens restent sans effet. Cependant l'absence de mouvement fébrile, d'injection du côté des conjonctives, de tout mouvement fluxionnaire enfin, comme aussi l'insuccès du mode de traitement suivi jusqu'alors, nous décident à envoyer notre malade aux eaux de Balaruc, qui provoquent, dans la partie paralysée, certains mouvements de bon augure.

Dès ce moment nous perdons de vue ce militaire dont l'état est très-grave, mais non insoluble ; il lui reste encore des chances de guérison, parce qu'il est jeune, fort, et qu'il peut espérer que les causes matérielles finiront par disparaître, parce qu'enfin les eaux de Balaruc ont paru provoquer un mieux sensible.

2° Au n° 42 (salle St-Lazare) est couché un soldat du génie, âgé de 27 ans, d'un tempérament sanguin, et très-vigoureux ; il a passé presque tout le temps de son service en Afrique, où il a éprouvé, de temps à autre, des accès de fièvre; de loin en loin aussi il a été en proie à des douleurs de tête, surtout à la suite des excès de table. Rentré à Montpellier, la fièvre intermittente reparaît, et le force à venir à l'hôpital.

Dans les premiers jours d'Octobre 1848, ce militaire paraît complètement rétabli ; l'appétit est bon ; les digestions s'exécutent régulièrement, ainsi que les autres fonctions; il est sur le point de quitter les salles de clinique, lorsque, le 12 Octobre, vers les 4 heures du soir, il est pris de céphalalgie intense qui dure jusqu'à 5 heures du matin. Cette espèce de névralgie se reproduit ainsi tous les soirs d'une manière périodique. Durant le jour, notre malade est tout-à-fait calme et tranquille.

L'existence antérieure d'une fièvre d'accès, la périodicité

de ces douleurs de tête, nous font supposer la persistance de l'élément périodique, et j'administre le quinquina, qui, après un moment d'amélioration, reste sans effet. Bien plus, la céphalalgie cesse d'être périodique, et revient d'une manière irrégulière, tantôt le jour, tantôt la nuit. En outre, le malade se plaint de ne pouvoir distinguer les objets les plus rapprochés. Nous avons alors recours aux sangsues derrière les oreilles, aux pédiluves sinapisés, aux révulsifs sur le tube digestif.

Le 27 Octobre, nous le trouvons, au moment de notre visite, dans un coma des plus profonds, avec respiration stertoreuse, décubitus dorsal, pupilles dilatées, résolution incomplète des membres. Prescription de quatre vésicatoires, deux aux bras, deux aux cuisses, et de sinapismes aux mollets. Un peu plus tard, le malade semble sortir d'un sommeil profond, et se lève énergiquement pour s'opposer à l'application des topiques vésicants. Mais dans le courant de la journée se manifestent des attaques épileptiformes avec mouvements convulsifs, injection de la face, respiration stertoreuse, écume à la bouche, insensibilité presque générale, les pupilles très-dilatées et immobiles. Le soir, coma profond, face congestionnée, pouls lent, respiration embarrassée; enfin, mort le 28, à 7 heures du matin.

Vingt-quatre heures après, nous procédons à l'autopsie : l'hémisphère droit du cerveau est sain; le gauche nous offre, au niveau du lobe moyen, et à sa partie antérieure et inférieure, une cavité assez grande pour loger un œuf de pigeon, et remplie d'une matière jaunâtre, altérée par du sang; ce n'est, en définitive, que ce liquide associé à un détritus de substance cérébrale. Le tissu de l'organe, assez consistant et d'une couleur jaune-serin, forme le pourtour de cette cavité. Sur un plan plus antérieur et un peu sur la partie latérale interne de ce même hémisphère,

existe un noyau induré, du volume d'une grosse noix, formé par une matière jaune rougeâtre, et même par du sang pur coagulé; enfin, plusieurs foyers, très-petits, sont disséminés dans l'épaisseur de la substance cérébrale. Il est à remarquer qu'en dehors et à l'intérieur de la tumeur indurée, se voient, à l'aide de la loupe, une foule de vaisseaux capillaires très-dilatés.

Ces altérations, de même origine d'ailleurs, ne se sont pas toutes développées à la même époque; le noyau induré date de loin; la cavité remonte sans doute au 10 ou 12 Octobre; enfin, les autres petits foyers ont dû se former l'avant-veille de la mort. Ce n'est pas une simple supposition que nous faisons, puisque ces lésions organiques, le noyau induré excepté, nous rendent compte des divers phénomènes morbides qui se sont succédé depuis le moment de la rechute jusqu'à celui de la mort. C'est ainsi que nous avons noté successivement cette céphalalgie se reproduisant d'abord sous forme périodique, mais bientôt après devenant irrégulière et intermittente dans son retour, l'affaiblissement de la vue, enfin, les accès épileptiformes et le coma. Il est probable que si ces derniers accidents n'avaient pas éclaté, l'induration qui, dans un point, était déjà presque cartilagineuse, aurait été tolérée par le sujet, et aurait pu, comme tant d'autres corps étrangers, ne provoquer aucun nouveau désordre pathologique.

Maintenant nous ne nous arrêterons pas à discuter la nature de ces altérations, parce qu'il s'agit évidemment d'une apoplexie capillaire : du reste, nous sommes heureux, en pareille matière, de pouvoir invoquer, en notre faveur, l'opinion du professeur Dubrueil, qui a bien voulu examiner, avec la plus scrupuleuse attention, cette pièce pathologique.

II. Les phthisiques, qui sont toujours nombreux dans les salles de la clinique interne, ne viennent d'habitude

réclamer les secours de l'art que lorsqu'ils sont arrivés à la dernière période de leur maladie ; aussi n'y a-t-il d'autres indications à remplir que celles qui consistent à soutenir leurs forces, et à modérer, calmer l'intensité des symptômes. Nous n'insisterons donc pas sur l'étude de la phthisie pulmonaire ; il nous suffira de consigner les réflexions suivantes :

Nos observations cliniques nous ont démontré que cette maladie, qui se caractérise, dans tous les cas, par une lésion anatomique constante, invariable, le tubercule, reconnaît pourtant des causes diverses. Sans rejeter l'influence héréditaire, qui est trop souvent réelle, n'est-il pas certain que, chez bon nombre de malades, la tuberculisation pulmonaire est acquise? Si la première condition pathogénétique était indispensable, nul doute que ce véritable fléau ne finît par s'éteindre avec la seconde ou troisième génération frappée. Or, la phthisie fait tous les jours de nouvelles et nombreuses victimes, parce qu'elle naît, grandit sous l'influence de causes variées. Ce sont fréquemment des excès de tout genre qui en préparent, provoquent l'apparition; d'autres fois elle est la conséquence fatale d'une irritabilité nerveuse extrême, ce qui se remarque, par exemple, chez les jeunes personnes du sexe. Trop souvent enfin elle se rattache au vice scrophuleux, plus rarement au vice syphilitique, qui porte de préférence son action sur le larynx.

Ces notions étiologiques nous forcent à reconnaître que la phthisie pulmonaire n'est pas toujours scrophuleuse ; et que, par suite, le tubercule ne doit pas être considéré, dans tous les cas du moins, comme un effet, une manifestation de la diathèse strumeuse, mais bien plutôt comme se rattachant à une diathèse spéciale qu'on pourrait appeler tuberculeuse.

Enfin, la connaissance des conditions pathogénétiques diverses de la phthisie nous indique que la thérapeutique peut être toute-puissante lorsqu'elle agit de bonne heure avant que la maladie soit tout-à-fait confirmée, et qu'elle modifie d'ailleurs son mode de traitement suivant la cause prochaine du mal.

III. Un des caractères de la phthisie qui frappe le plus les gens du monde, c'est le crachement du sang. Aussi sont-ils effrayés toutes les fois qu'ils voient un adulte rendre du sang par la bouche. Mais ce liquide n'est pas toujours fourni, dans ce cas, par le même organe ; et c'est au praticien à en reconnaître le point de départ, à distinguer enfin s'il provient de la muqueuse bronchique ou gastrique.

Coulon, âgé de 28 ans, d'un tempérament sanguin, soldat au 2e régiment du génie, entre à l'hôpital le 25 Octobre, et occupe le nº 4 (salle St-Charles.) Ce jeune homme a fait beaucoup d'excès en tout genre, a surtout abusé des boissons alcooliques ; il n'a jamais été malade avant son entrée au régiment, mais, depuis lors, il a eu d'abord une fièvre intermittente ; plus tard, il a gagné, à deux reprises, l'infection syphilitique. Il nous dit que deux de ses frères ont été victimes de la phthisie pulmonaire, mais que tout le reste de sa famille jouit d'une bonne santé. Quant à lui, il n'a jamais été sujet ni aux catarrhes bronchiques, ni à la toux.

Dans la nuit du 24 Octobre, après un excès de table et l'ingestion d'une grande quantité de liqueurs spiritueuses, Coulon éprouve de la chaleur, de l'oppression à l'épigastre, et est pris de vomissements. Après l'expulsion des matières ingérées, ce jeune homme rend du sang jusque sur le matin. Il est aussitôt transporté à l'hôpital.

A notre visite, le malade, qui paraît robuste et a assez d'embonpoint, se sent affaibli, a la tête lourde, le pouls

fréquent, mais régulier, la température du corps élevée ; la langue est un peu sale, la bouche pâteuse, avec soif ; l'épigastre est douloureux, et la pression augmente la douleur. Il survient encore de loin en loin quelques vomissements composés de matières muqueuses altérées par du sang ; le ventre est souple.

La poitrine est libre, la respiration facile. La percussion et l'auscultation ne font percevoir aucune modification fâcheuse, soit dans la sonorité de cette partie, soit dans les bruits respiratoires.

Les vomissements reviennent encore à des intervalles assez éloignés pourtant, mais ne contiennent plus de sang les deux jours suivants ; seulement, à la suite de quelques coliques, ont lieu deux selles abondantes et sanglantes.

Dès le 30 Octobre, la fréquence du pouls tombe, la langue devient naturelle, les évacuations cessent, et Coulon ne se plaint plus que d'une grande faiblesse. Il passe encore quelques jours dans les salles afin de reprendre des forces, et quitte l'hôpital, le 8 Novembre, tout-à-fait rétabli, n'éprouvant pas la plus légère toux, ne présentant rien de particulier dans le bruit vésiculaire.

Nous avons insisté les premiers jours sur la diète la plus sévère, l'usage de la limonade froide prise en petite quantité, et des demi-lavements émollients. Plus tard, notre malade a été mis au régime lacté.

L'âge de l'individu, les excès auxquels il se livrait, la perte de deux frères qui avaient succombé à la phthisie pulmonaire, ce qui rappelait l'idée d'hérédité, pouvaient faire supposer tout d'abord l'existence de lésions graves du côté de la poitrine qui, par suite, devait être le siége de la scène morbide dont nous avons été témoin.

Mais cette supposition n'a plus été soutenable à l'examen

des phénomènes morbides qui se sont succédé. En effet, la percussion et l'auscultation nous ont appris que l'appareil respiratoire et le cœur fonctionnaient régulièrement; tandis que la douleur, la chaleur, l'oppression, étaient concentrées du côté de l'épigastre. En outre, aux vomissements ont succédé des évacuations intestinales formées en entier par du sang.

Nous avons eu donc affaire à une hématémèse, provoquée par l'ingestion d'une trop grande quantité de boissons alcooliques. Ces liqueurs ont suscité une forte irritation de la muqueuse gastrique, qui a été suivie de fluxion intense : *ubi stimulus, ibi fluxus*. A cette fluxion a succédé un flux sanguin abondant, ce qui, en définitive, a été fort heureux, car une phlogose violente, et non ce flux, aurait pu s'ensuivre.

IV. Plusieurs sujets affectés d'hydropisie ascite sont venus réclamer nos soins; leur maladie, toujours caractérisée par les mêmes symptômes locaux, se rattachait pourtant à des conditions étiologiques variables. C'est ainsi que, chez deux douaniers, l'épanchement de la séreuse abdominale s'est développé à la suite d'une fièvre intermittente prolongée: il est vrai quo, dans les deux cas, existait une lésion organique concomitante, l'engorgement considérable de la rate. Mais nous ne pouvions la considérer comme cause efficiente de l'accumulation du liquide séreux, puisque l'hypersplénotrophie a persisté, chez l'un, après la disparition du liquide épanché; la cause réelle du mal était dans un affaiblissement général, un appauvrissement du sang dont la conséquence avait été cette fonte séreuse. Dans deux autres circonstances, il nous a paru rationnel de rattacher la maladie, dont le péritoine était le siége, à une lésion intestinale. Voici ces deux faits :

1° Au n° 11 (salle St-Vincent) est couché un malade, âgé de 59 ans, qui, depuis son adolescence, a toujours joui d'une bonne santé. Il fait remonter l'origine de son mal au mois de Mai 1848.

Étant alors à Marseille, il habitait une chambre tellement humide, nous dit-il, que ses draps de lit étaient mouillés; aussi fut-il bientôt en proie à une diarrhée assez forte, avec douleurs abdominales. Rétabli quelques jours après, il se rend à Grenoble; un jour du mois de Juin, fatigué par la chaleur, il se couche près d'une fontaine, après avoir bu un verre d'eau, s'éveille en grelottant, et presque aussitôt est pris d'envies de vomir, puis de coliques avec flux dysentérique. La dysenterie persiste jusqu'à la fin d'Août, et donne alors un peu de relâche au malade.

C'est au mois de Septembre de la même année que l'abdomen commence à augmenter de volume; aujourd'hui, 14 Octobre, l'épanchement est très-considérable. Ce malade est affaibli, mais pourtant la maigreur n'est pas encore très-considérable. Il existe un léger mouvement fébrile, avec exacerbations vespertines. L'auscultation et la percussion nous démontrent l'intégrité des viscères contenus dans la poitrine; la difficulté de respirer est due au refoulement des poumons par le liquide contenu dans la séreuse abdominale. Il n'y a jamais eu de douleur du côté des reins, et les urines, foncées en couleur, en petite quantité, ne déposent aucune trace d'albumine au contact de l'acide nitrique.

Les membres inférieurs et le scrotum sont infiltrés, l'abdomen très-volumineux, la fluctuation évidente jusqu'au-dessus de l'ombilic; la soif est assez vive; la langue, rouge à la pointe et sur les bords, est un peu sale au milieu;

le pouls est fréquent et dépressible, la peau sèche; enfin, plusieurs selles dans les vingt-quatre heures.

Ce malade est soumis au régime lacté, aux tisanes et potions gommeuses, aux demi-lavements amylacés : sous l'influence de ce traitement, la diarrhée s'arrête, mais l'épanchement reste le même et fatigue le sujet, au point de nous supplier de l'en débarrasser.

Le 27 Octobre, la paracenthèse abdominale donne issue à 10 litres de sérosité limpide, et paraît être suivie de soulagement. Cependant, la collection séreuse se reproduit presque aussitôt, le malade tombe dans un état de collapsus profond, et s'éteint deux jours après.

Les viscères contenus dans la poitrine, l'appareil urinaire, paraissent à l'état normal; le foie est un peu diminué de volume, mais tous les vaisseaux qui le parcourent sont perméables au sang. La muqueuse du gros intestin est presque partout ramollie, noirâtre et ulcérée.

2º Le nº 13 (même salle) contracte les accès de fièvre dans les marais voisins de Montpellier, et est traité d'abord par les préparations de quinquina ; celles-ci restent sans effet, et l'individu se confie à un charlatan qui lui fait avaler une poudre qu'il paie fort cher, nous dit-il. Bientôt après l'ingestion de ce remède prétendu souverain, se déclarent de violentes coliques et une forte diarrhée, ce qui nous fait supposer que ce remède n'était autre chose qu'un violent drastique.

Au moment de son entrée, ce malade est encore en proie à de vives douleurs intestinales, et pousse jusqu'à 12 selles dans les vingt-quatre heures; en même temps le ventre est soulevé, tendu; la percussion nous indique l'existence d'une accumulation séreuse qui remonte jusqu'à l'ombilic : la peau est chaude, le pouls fréquent, assez développé;

la soif vive, la langue un peu rouge à la pointe et sur les bords.

Ce malade étant déjà affaibli, nous prescrivons la tisane blanche, des fomentations sur l'abdomen avec l'eau de mauve et de pavot, des quarts de lavements émollients, et quelques purées légères.

Le mal paraît s'amender, mais l'épanchement séreux reste toujours le même; nous employons alors les frictions mercurielles sur la paroi abdominale : quatre frictions de 2 grammes chaque dans 24 heures. Ce mode de traitement est suivi des résultats les plus satisfaisants : les douleurs se calment; le ventre diminue; le liquide épanché se résorbe, et ce malheureux tend à une convalescence rapide.

Dans ces deux cas, l'hydropisie ascite se lie d'une manière évidente à une phegmasie intestinale; il y a pourtant cette distinction à établir : c'est que le mal ne se développe, chez le premier sujet, qu'après une durée assez longue de la dysenterie qui avait déjà affaibli le malade et appauvri le sang; aussi doit-on tenir compte de cet état particulier du liquide nutritif; tandis que, chez le second, l'irritation de la muqueuse abdominale s'est propagée rapidement par voie de contiguité jusqu'à la séreuse péritonéale. De là, la différence dans l'évolution, la marche de la maladie chez nos deux malades, comme aussi dans la terminaison et le mode de traitement qui a été suivi.

FIN.

